

災害直後の見守り必要性チェックリスト

氏 名		年 齢		性別	男 ・ 女
電話番号（携帯）					

記入者氏名		地 区	
記入者所属		日 時	

	非常に	明らかに	多 少	な し
落ち着かない・じっとできない				
話がまとまらない・行動がちぐはぐ				
ぼんやりしている・反応がない				
怖がっている・おびえている				
泣いている・悲しんでいる				
不安そうである				
動悸・息が苦しい・震えている				
興奮している・声大きい				
災害発生以降、眠れていない				

今回の災害によって、家族が不明・死亡・重傷者が出ている	はい ・ いいえ
-----------------------------	----------

今回の災害によって、住居に大きな被害が出ている	はい ・ いいえ
-------------------------	----------

治療が中断し、薬がなくなっている（身体の病気も含む）	はい ・ いいえ
病 名：	薬品名：

災害時要援護者（子ども・高齢者・妊産婦・障がい者・傷病者・外国籍の方）である	はい・いいえ
--	--------

家族に災害弱者がいる	はい（ ）・いいえ
------------	-----------

今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害の被害があった	はい ・ いいえ
-----------------------------	----------