

様式集

原子力災害時の避難経由所運営マニュアル
原子力災害時の避難所運営マニュアル
福祉避難所設置・運営マニュアル
〔原子力災害対策編〕

避難元市町村

○○○



避難先市町村

□□□

令和4年2月7日

市町村による原子力安全対策に関する研究会

目 次

様式 1	【共通】原子力災害時の避難台帳	P 1
様式 2	【避難経由所】避難経由所受付票	P 2
様式 3	【共通】健康確認問診票	P 4
様式 4	【避難所】簡易避難者カード（避難所初期受付用）	P 5
様式 5	【避難所・福祉避難所】物資依頼票	P 6
様式 6	【避難所】避難者集計票	P 7
様式 7	【避難所】避難者名簿	P 8
様式 8	【福祉避難所】福祉避難所対象者調	P 9
様式 9	【福祉避難所】原子力災害時用指定福祉避難所一覧	P 10
様式 10	【避難所・福祉避難所】健康調査表	P 12
様式 11	【避難所・福祉避難所】健康相談票	P 13
様式 12	【避難所・福祉避難所】避難所アセスメントシート	P 14
様式 13	【福祉避難所】福祉避難所入所者名簿	P 15

【様式1】 避難元市町村→避難先市町村

原子力災害時の避難台帳

避難元市町村名 _____

令和 年 月 日現在

	地区・地域 コミュニティ	世帯数	人口	避難行動 要支援者	避難経由所	避難所	摘要
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
計							

【様式2】表面

避難経路所受付票

経路所名：	避難元市町村名：
避難所名（記号）：（ ）	避難所受入可能人数：人
受入対象地区・地域コミュニティ：	

受付開始時間：

受付終了時間：

○受付票

	人数計 (乗車車両単位の人数)	感染症対策		安定ヨウ素剤	スクリーニング
		体温	症状		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
計					

特記事項

◎車1台ごとに人数を把握する。

1. 1枚の受付票につき、1ヶ所の避難所とし、事前に一覧表と同一の避難所の記号を付しておく。【様式2裏面】
2. 避難者氏名は、避難所に入所するときに把握する。
3. 短時間に人数を把握し、避難所に案内させるよう配慮する。
4. スクリーニングの項目については、「スクリーニング検査済証」を確認し、記載する。

※ 本様式は、案内する避難所ごとに作成する。

避難者の居住地区・地域コミュニティを聞き取り、開設している避難所を順次案内する。

※ 避難者の積算が避難所の上限に達した場合、次の避難所への案内に切り替える。

【様式2】裏面 避 難 所 一 覧 表

経由所名(一覧記号):	()	避難元市町村名:
-------------	-----	----------

	避 難 所 名	受入可能人数	対象地区・地域	開設状況	福祉避難室	隔離スペース
A						
B						
C						
D						
E						
F						
G						
H						
I						
J						
K						
L						
M						
N						
O						
P						
Q						
R						
S						

【様式3】

健康確認問診票

氏名 _____

↓ 当てはまる場合は、□に✓チェックを入れてください。

健康 確認	<input type="checkbox"/>	発熱（37.5度以上）はない。（今日の体温_____度）
	<input type="checkbox"/>	数日以内に、発熱（37.5度以上）はなかった。
	<input type="checkbox"/>	体調に異常はない。 （咳、のどの痛み、だるさ、息苦しさ、におい・味を感じにくいなど）
	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触はない。
	<input type="checkbox"/>	同居家族や身近な知人に感染が疑われる人はいない。
	<input type="checkbox"/>	数日以内に、海外への渡航、海外渡航者との濃厚接触はない。
配慮 事項	<input type="checkbox"/>	次のいずれにもあてはまらない。（当てはまる場合は○を記入）
		・介護や介助が必要である。
		・妊娠中である。
		・乳幼児がいる。

（自家用車避難の場合に記載）

同乗者代表者

氏名 _____

【様式4】

NO.	簡易避難者カード（避難所初期受付用）				枚数	
					/	
避難元市町村名	地区・地域名	住 所	電 話 番 号			
			携帯 自宅			
氏名（ふりがな）	続柄	年齢	※性別	その他（身体の状況、必要な支援など）	体調不良	要配慮
1					なし・あり ()	
2					なし・あり ()	
3					なし・あり ()	
4					なし・あり ()	
5					なし・あり ()	

* 記入された情報は、避難所等における各種支援活動の関係者で共有します。 ※「性別」欄：記載は任意です。未記載も可能です。
* 記入された個人情報について、関係法令等に基づき、適切に利用します。

施設担当者記入						
入所受付：簡易避難者カード（初期受付用）受付日時					受入先	担当者
年	月	日	午前 午後	時	分	
□避難者名簿への記入 ◇名簿記入⇒チェック						

NO.	簡易避難者カード（避難所初期受付用）				枚数	
					/	
避難元市町村名	地区・地域名	住 所	電 話 番 号			
			携帯 自宅			
氏名（ふりがな）	続柄	年齢	※性別	その他（身体の状況、必要な支援など）	体調不良	要配慮
1					なし・あり ()	
2					なし・あり ()	
3					なし・あり ()	
4					なし・あり ()	
5					なし・あり ()	

* 記入された情報は、避難所等における各種支援活動の関係者で共有します。 ※「性別」欄：記載は任意です。未記載も可能です。
* 記入された個人情報について、関係法令等に基づき、適切に利用します。

施設担当者記入						
入所受付：簡易避難者カード（初期受付用）受付日時					受入先	担当者
年	月	日	午前 午後	時	分	
□避難者名簿への記入 ◇名簿記入⇒チェック						

【様式5】 **避難元市町村→県**

避難元市町村名：	
避難先市町村名：	避難所名：

物 資 依 頼 票

発 信 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分
発 信 者 名	

	品 名	サイズ等	数 量	備 考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(注意) 1、一行に一品、サイズごとに記入し、数量はまとまった数で記入してください。

2、性別などは「サイズなど」欄に記入してください。

新 潟 県 災 害 対 策 本 部 記 入 欄				避難所受領サイン
受領月日	月	日	午前・午後	
			時 分	
処理月日	月	日	午前・午後	
届出月日	月	日	午前・午後	時 分

報告先	県	TEL:	FAX:	Email:
-----	---	------	------	--------

【様式6】 避難先市町村→県・避難元市町村

避難元市町村名：	
避難先市町村名：	避難所名：

避難者集計票 【第 報】

報 告	年 月 日		午前・午後		時 分現在	
避難者総計		人		避難世帯数		世帯
内訳①	男性	人	女性	人	その他	人
内訳②	0～5歳	人		6～12歳	人	
	13～15歳	人		16～19歳	人	
	20～29歳	人		30～39歳	人	
	40～49歳	人		50～59歳	人	
	60～69歳	人		70～79歳	人	
	80～89歳	人		90歳以上	人	
内訳③	地区・地域コミュニティ名		人 数・世 帯 数			
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
			人 (男性： 女性： その他：)			世帯
要介護者	人	障害者	人	妊産婦	人	
負傷者	人	病人	人	外国人	人	
隔離対象者	人	うち体調不良者	人	うち濃厚接触者	人	

※内訳①、②、③のそれぞれの合計は、避難者総計と必ず一致すること。

報告先	県	TEL:	FAX:	Email:
	避難元市町村	TEL:	FAX:	Email:

避難先市町村名：		<h1>避難者名簿</h1>				【様式7】	
避難所名：						No	
①入所年月日						②住所	
ふり 氏	がな 名	避難状態 ア 避難所 イ 隔離 ウ 車 エ テント オ その他	年 齢	※ 性別	要 配慮 者	(電 話)	
						③地区・ 地域	
世帯主						④家屋の 被害状況	全 壊・半 壊・一部損壊 断 水・停 電・電話不通
い 家 族						⑤親族など の連絡先	住 所
							氏 名
							電 話
						⑥車種等 (使用者のみ)	車 種
					ナンバー		
						⑦避難情報	あなたの家族は全員避難していますか？ イ 全員避難した ロ まだ残っている⇒どなたですか？ () () ()
							⑧安否情報
		*あなたの家族でここに避難した人だけ記入してください。 ※「性別」欄：記載は任意です。未記載も可能です。					
⑨特別な配慮		*ご家族に病気等の特別な配慮を必要とする方がいるなど注意点があつたらご記入ください。					
⑩安否情報の問合せ		安否情報の問合せがあつた場合に、 住所・氏名をお答えしてもよろしいですか？				はい ・ いいえ	

*記入された情報は、避難所等における各種支援活動の関係者で共有します。
*記入された個人情報について、関係法令等に基づき、適切に利用します。

退 所 年 月 日	年 月 日	登録者数	人
転 出 先	住 所	通所者数	人
	電話番号		
備 考		在宅者数	人

【様式8】

福祉避難所対象者調

年 月 日現在

避難先 市町村名	避難元地区 ・地域コ ミュニティ名	対象者数				
		乳幼児等	妊産婦	要介護者	その他	合計
△△市	△△					
	▽▽					
	▲▲					
△△市計						
□□市	□□					
	◇◇					
合計						

(注) 「対象者数」は区分毎に算出しているため、重複している場合があります。

【様式 9 - 1】 ○○市（町村）原子力災害時用指定福祉避難所一覧

(1) 福祉避難所

年 月 日現在

避難先 市町村名	施設名称	所在地	収容可 能人数	備考
△△市				
□□市				

【様式 9 - 2】

(2) 緊急受入施設

年 月 日現在

避難先 市町村名	施設名称	所在地	収容可 能人数	備考
△△市				
□□市				

【様式10】

健康調査表

避難所 健康調査表 (年 月 日実施分)

避難元市町村名：

ふりがな

避難先市町村名：

担当者名：

(職種

)

	氏名 (生年月日)	年齢	※性別	地区・ 地域名	健康状況等	体調不良
1	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
2	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
3	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
4	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
5	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
6	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
7	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()
8	T・S (H・R . .)					なし・ あり ()


※「性別」欄：記載は任意です。未記載も可能です。

*記入された情報は、避難所等における各種支援活動の関係者で共有します。

*記入された個人情報について、関係法令等に基づき、適切に利用します。

【様式11】

健康相談票

緊急・事項	透析	酸素	インシュリン	てんかん薬	地区	緑 トリアージ	黄 トリアージ	毎日
〒_____ 避難所 健康相談票 初回相談 年 月 日 (追加は別色で記入) < 相談者名 _____ 職 _____ >								
フリガナ氏名				生年月日	T・S・H・R	年	月	日生 (歳)
住所				固定電話				
①緊急連絡先	氏名		(本人との関係)	固定電話				
②緊急連絡先	氏名		(本人との関係)	固定電話				
治療中の病気	病名		病院(医師名)	治療状況				
自覚症状	外傷: 無・有		(種類・部位・程度)					
主訴	頭痛	かぜ気味	下痢嘔吐	熱感	めまい	動悸	胸痛	
	食欲不振	腹痛	胃痛	嘔気	関節痛	腰痛	肩こり	
	不眠	悪夢	不安	恐怖感	憂鬱	イライラ	落ち着かない	
	自己管理器械類:	インシュリン	酸素	胃薬等	ストマ	尿管置カテ	他	
	透析: 日毎		その他()					
上記以外の気がかり(自由記入)								傷病状況
バイタルサイン	体温	℃	血圧	mmHg	脈拍	/分	呼吸	/分
対応内容								
今後の方針	要医療・要連携・健康相談・他()							
※日・週単位の支援プランが必要な際は裏面に経過記入ができます。 備考				介護度: 要介護 5・4・3・2・1 要支援 2・1、 _____ 手帳(級) CM名・連絡先: _____ サービス利用状況: _____ 今後の希望: 在宅(本人・家族) 施設(本人・家族)				
被災状況	本人	家族(人)		器械等	酸素	IVH	インシュリン	服薬介助 他
家屋等	水につかった	名前・続柄・安否等		歩行	自立・一部介助()・全介助()			
	外傷あり	①		床からの立上り	自立・一部介助()・全介助()			
	火傷あり	②		食事	自立・一部介助()・全介助()			
	精神不安定	③		食事形態	普通食・特別食()・Mチューブ・胃瘻			
	他()	④		排尿	自立・一部介助・全介助	導尿・H留置カテ		
		⑤		排泄	自立・一部介助・全介助(便器・オムツ)	ストマ		
				寝具	布団・ベット・その他()			
				問題行動	無・有(物忘れ等)			

*記入された情報は、避難所等における各種支援活動の関係者で共有します。
*記入された個人情報について、関係法令等に基づき、適切に利用します。

【様式12】

避難所アセスメントシート

避難所アセスメントシート

避難先市町村名：

住所

記載者：(所属・職名)

避難所名：

(

) 活動日：

年 月 日

避難者数	男	昼	人	、夜	人	医療 状況	救護所	無・有 ()
	女	昼	人	、夜	人		巡回診療	無・有 ()
	その他	昼	人	、夜	人		地域医連携	無・有 ()

施設密度 (過密 ・ 適度 ・ 余裕)

要医療者		人数		内訳 人数		
有病数 計 人	医療 ニーズ	無・有・緊急	感染症	人	発熱 人、インフル様 人、胃腸炎様 人、他 人	
		無・有・緊急	外傷	人		
		無・有・緊急	在宅酸素	人		
		無・有・緊急	人工透析	人		
	小児科	無・有・緊急	病児	人		
	精神科	無・有・緊急	治療中	人		
	歯科	無・有・緊急	痛み	人		
要配慮者		対 応				
要配慮者 計 人	要介護認定者数	人	全介助	人、一部介助	人、要支援	人
	認知障害	人				
	手帳所持	人	身体	人、療育	人、精神	人
	難病などその他	人				
	妊産婦	人	緊急 (有 ・ 無)			
	乳幼児	人	乳児	人、	幼児	人
現在状況		対 応				
ライフ ライン	電気	不可	可	予定	()	
	ガス	不可	可	予定	()	
	水道	不可	可	予定	()	
	飲料水	不可	可	予定	()	
	固定電話	不可	可	予定	()	
	携帯電話	不可	可	予定	()	
環境	トイレ使用	不可	可	予定	()	
		可	ヶ所、清掃 (不良・普通・良)			
	冷暖房	不可	可	予定	()	
	手洗い	不可	可	予定	()	
	清掃状況	不良	普通	良い	()	
ペット収容	無	有	()			
食事	配給	無	有	()		
		回数：1, 2, 3, 不定期				
炊き出し	無	有	()			

施設概要図 (屋内外、連絡系統)

管理統括・代表者氏名：	
外部支援：職種	人数

【様式13】

福祉避難所入所者名簿

福祉避難所名：

年 月 日

入所者本人欄					
ふりがな			※性別		
氏名			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
住所			電話番号		
要配慮者区分	乳幼児等 ・ 妊産婦 ・ 要介護（ ） ・ その他（ ）				
医薬投与					
入所者世帯欄					
世帯構成	氏名	※性別	続柄	入所	緊急連絡先
入所通信欄					
入所希望内容					
特記事項欄					

※「性別」欄：記載は任意です。未記載も可能です。
 ＊記入された情報は、避難所等における各種支援活動の関係者で共有します。
 ＊記入された個人情報について、関係法令等に基づき、適切に利用します。

原子力災害時の避難経由所運営マニュアル
原子力災害時の避難所運営マニュアル
福祉避難所設置・運営マニュアル〔原子力災害対策編〕
様式集

令和2年1月30日策定

令和4年2月7日改定

発行 市町村による原子力安全対策に関する研究会
事務局 長岡市原子力安全対策室
〒940-8501 新潟県長岡市大手通1-4-10
TEL 0258-39-2305 FAX 0258-39-2309
E-mail gen-an@city.nagaoka.lg.jp
URL <https://portal.radiation.city.nagaoka.niigata.jp/>