

**芝浦小地区防災協議会  
避難所運営マニュアル**

**【資料編】**

## 【様式集】

様式 1 組織別、被害状況報告 1・2

様式 2 建物被害集計用紙

様式 3 避難者応急名簿

様式 4 避難者応急名簿 集計用紙

様式 5 避難者名簿（世帯用）

様式 6 避難所ボランティア受付表

様式 7 物品依頼票

様式 8 物品受払簿

様式 9 避難所ペット登録台帳

## 【その他】

避難所の部屋割り

体育館レイアウト

避難所の共通理解ルール

東京都一時滞在施設の所在地図

帰宅困難者への案内文

芝浦・海岸地区の防災地図

備蓄倉庫内の備蓄物資配置図

災害時の医療救護体制について

組織別、被害等状況報告1

本部への報告時間 20:00

○組織情報

組織名	(階数)	記入者	記入日時	月 日	時現在
住所					

○住民情報

【大人】	【子ども】(中学生以下)		【要援護者】 (内数)	【備考】
	総数	うち負傷者		
避難者				
住宅内				

○近隣の状況 \* 目で見て確認した被害は該当数字に○をつけ、場所と状況(備考)を記入する。(○はいくつでも)

項目	場所	備考
1 大きな亀裂や段差		
2 人や車が殺到		
3 火災		
4 液状化被害		
5 建物倒壊		
6 その他		

○ライフラインの状況 \* 目で見て確認した被害は該当数字に○をつけ、場所と状況(備考)を記入する。(○はいくつでも)

状況	場所	備考
水道 1. 断水      2. 下水道に支障あり      3. その他		
電気 1. 完全に停電      2. 一部停電(非常用発電機稼働など)		
ガス 1. ガス供給停止      2. ガス漏れ      3. その他		

## 建物別、被害等状況報告2

本部への報告時間 20:00

### ○組織情報

組織名		階数	記入者	記入日時	月 日	時現在
住所						

○建物被害 \* 被害や支障があった場合のみ、各々の該当数字に○をつけ、詳細を記入する。

被害項目	状況	詳細状況
建物(躯体の状況) (○は一つ)	1 全壊	
	2 半壊	
	3 一部破損	
火災	無 ・ 有	件
	無 ・ 有	件
エレベーター (○は一つ)	1 全停止	
	2 一部停止	
電気 (○は一つ)	1 完全に停電	
	2 一部停電 (非常用発電機稼働など)	
設備被害 (○はいくつでも)	1 断水	
	2 下水道に支障あり	
	3 ガス供給停止	
	4 ガス漏れ	
	5 その他	
その他の被害		







○○○(建物名)				【避難先 室名】		【班名】		No.
氏名 (世帯主との続柄)	性別	年齢 * 該当者は どちらかに○	血液型	現住所		住所		備考 (家族の安否, 介護の要, 資格, 特技, 被災状況等)
				住所	電話	住所	電話	
1 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
2 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
3 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
4 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
5 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
6 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
7 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
8 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
9 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日
10 ( )	男・女	12歳以下 75歳以上	型					月 日

※ 合計 名 /のうち12歳以下は 名



	組織名	避難先	室名	班名	班長名	副班長名	避難者数	うち12歳以下
1		中・小		班			人	人
2		中・小		班			人	人
3		中・小		班			人	人
4		中・小		班			人	人
5		中・小		班			人	人
6		中・小		班			人	人
7		中・小		班			人	人
8		中・小		班			人	人
9		中・小		班			人	人
10		中・小		班			人	人
11		中・小		班			人	人
12		中・小		班			人	人
13		中・小		班			人	人
14		中・小		班			人	人
15		中・小		班			人	人
16		中・小		班			人	人
17		中・小		班			人	人
18		中・小		班			人	人
19		中・小		班			人	人
20		中・小		班			人	人

※ 合計 人 人

氏名(世帯主)	ふりがな: 氏名 :	組織名 *町会自治会名、事業所名など(地域外の場合は「外」と記入)					
住所	電話番号 ( ) ( )	避難先 室名:	班名:				
緊急連絡先	氏名	住所	入所日 月 日				
	住所	電話番号 ( ) ( )	退出口 月 日				
転出先住所 氏名 電話番号 ( ) ( )							
家族構成(世帯主も再度ご記入ください!)							
氏名	続柄	介護	必要な介護の内容	性別	年齢	血液型	資格・特技など
	世帯主	要・不要		男・女	歳	型	<input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 獣医 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調理師・栄養士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )
		要・不要		男・女	歳	型	<input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 獣医 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調理師・栄養士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )
		要・不要		男・女	歳	型	<input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 獣医 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調理師・栄養士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )
		要・不要		男・女	歳	型	<input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 獣医 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調理師・栄養士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )
		要・不要		男・女	歳	型	<input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 獣医 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調理師・栄養士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )
		要・不要		男・女	歳	型	<input type="checkbox"/> 医師(科) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 獣医 <input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調理師・栄養士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他( )

※下記から問合せがあったとき、住所、氏名を公表してよいですか？(同意するものに○をつけてください)  
【親族】 【警察署・消防署】 【マスコミ】

計:

人



物品依頼票

発信日時				年	月	日	時	分
避難所名								
避難所住所								
発注依頼者								
TEL:								
FAX:								
		品名		サイズなど		数量		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								



