災害直後　見守り必要性のチェックリスト

記入者氏名	**地区**			
記入者所属	**日時**	**月　日　午前･午後　　時**		
	氏名			
(携帯) 電話番号	**年齢**			
	性別			
	非常に	**明らかに**	**多少**	**なし**
落ち着かない・じっとできない				
話しがまとまらない・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･心配している				
動悸・息が苦しい・震えがある				
興奮している・声が大きい				
災害発生以降、眠れていない				

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　　1 はい　　0 いいえ

今回の災害によって、家族に不明・死亡・重傷者が出ている　　1 はい　　0 いいえ

治療が中断し、薬が無くなっている（身体の病気を含む）　　1 はい　　0 いいえ

病名　　薬品名

災害弱者（高齢者、乳幼児、障害者、傷病者、日本語の通じにくい者）である

1 はい　　0 いいえ　　（　　）

家族に災害弱者がいる　　1 はい　　0 いいえ