

被害状況報告書(MCA無線・手書き用)

受付日時： 月 日 AM/PM :
 受付者名：

報告日時	年 月 日 時 分 現在					
災害種類	<input type="checkbox"/> 地震	<input type="checkbox"/> 水害	<input type="checkbox"/> 火災	<input type="checkbox"/> 土砂	<input type="checkbox"/> 津波	<input type="checkbox"/> その他 ()
施設(事業所)名称	報告者氏名			MCA無線 呼出番号		
通信可能連絡手段	<input type="checkbox"/> ①電子メール			<input type="checkbox"/> ②電話		<input type="checkbox"/> ③FAX
緊急連絡先電話番号						

1. 人的被害の状況 ※通所系サービス事業所は、営業中のみ記載してください。	<input type="checkbox"/> ①人的被害なし		<input type="checkbox"/> ②人的被害あり					
	A. 重症者(医療機関受診必要)	人	B. 軽症者(医療機関受診不要)	人	C. 死亡者	人	D. 行方不明者	人
2. 建物被害の状況 該当項目に☑してください	<input type="checkbox"/> ①被害なし		<input type="checkbox"/> ②軽微な被害あり(推定被害80万円未満)		<input type="checkbox"/> ③重大な被害あり(推定被害80万円以上)			
	A. 建物損壊	<input type="checkbox"/> ①全壊	<input type="checkbox"/> ②大規模半壊	<input type="checkbox"/> ③半壊	<input type="checkbox"/> ④一部損壊	<input type="checkbox"/> ⑤未定		
	B. 浸水被害	<input checked="" type="checkbox"/> ①床上浸水	<input type="checkbox"/> ②床下浸水					
	C. 雨漏り	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし					
	D. その他	()						
被害場所等詳細								
3. (入所施設)利用者等の他施設等への避難状況 該当項目に☑のうえ、避難先施設名等を()に記載してください	<input type="checkbox"/> ①避難の必要性なし		<input type="checkbox"/> ②避難の必要性あり、避難先の確保が困難		<input type="checkbox"/> ③避難の必要性あり、避難先を調整中		<input type="checkbox"/> ④避難の必要性あり、避難中	
	避難先	<input type="checkbox"/> A. 他施設 ()						人
		<input type="checkbox"/> B. 避難所 ()						人
		<input type="checkbox"/> C. 病院 ()						人
		<input type="checkbox"/> D. その他 ()						人
4. (入所施設以外)運営への支障等の有無	<input type="checkbox"/> ①支障なし(開所)		<input type="checkbox"/> ②支障あり(閉所中) 代替受入先なし		<input type="checkbox"/> ③支障あり(閉所中) 代替受入先調整中		<input type="checkbox"/> ④支障あり(閉所中) 代替受入先あり	
	代替受入先施設の所在地							
	代替受入先施設の名称							
	開所の状況詳細							
5. 必要な人的支援の状況	A. 介護職員	人	※支援に必要な状況等の詳細をご記入ください					
	B. その他職員(看護師等)	人						
	C. ボランティア	人						
6. ライフライン等の状況 ※回答必須項目 A. 停電の有無 D. 断水の有無 I. ガス J. 冷暖房	A. 停電の有無等	<input type="checkbox"/> ①停電なし		<input type="checkbox"/> ②停電あり、非常用自家発電なし		<input type="checkbox"/> ③停電あり、非常用自家発電あり		
	B. 非常用自家発電の燃料残量	<input type="checkbox"/> ①燃料が十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②燃料が2~3日分しかなく、その後は燃料確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある		
	C. 電源車の支援及び支援状況	<input type="checkbox"/> ①支援を要請(高圧)、支援到着済み		<input type="checkbox"/> ②支援を要請(低圧)、支援到着済み		<input type="checkbox"/> ③支援を要請(電圧不明)、支援到着済み		
		<input type="checkbox"/> ④支援を要請(高圧)、支援未到着		<input type="checkbox"/> ⑤支援を要請(低圧)、支援未到着		<input type="checkbox"/> ⑥支援を要請(電圧不明)、支援未到着		
	D. 断水の有無	<input type="checkbox"/> ①断水なし		<input type="checkbox"/> ②断水あり、給水可能な受水槽等なし		<input type="checkbox"/> ③断水あり、給水可能な受水槽等あり		
	E. 飲料水	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後については確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある		
	F. 生活用水	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後については確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある		
	G. トイレ	<input type="checkbox"/> ①使用可能		<input type="checkbox"/> ②使用不可、代替設備なし		<input type="checkbox"/> ③使用不可、代替設備あり		
	H. 給水車の支援及び支援状況	<input type="checkbox"/> ①支援不要		<input type="checkbox"/> ②支援を要請、支援未到達		<input type="checkbox"/> ③支援を要請、支援到達済み		
	I. ガス	<input type="checkbox"/> ①供給あり		<input type="checkbox"/> ②供給なし、代替設備なし		<input type="checkbox"/> ③供給なし、代替設備あり		
	J. 冷暖房	<input type="checkbox"/> ①使用可能		<input type="checkbox"/> ②使用不可				
	7. 物資の状況 必要な物資に☑を入れ、必要数等を()にご記入ください	A. 食料の状況	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後は確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある	
内容・数量等詳細								
<input type="checkbox"/> B. 飲料水 ()		<input type="checkbox"/> C. 薬 ()		<input type="checkbox"/> D. おむつ ()		<input type="checkbox"/> E. 衣服 ()		
<input type="checkbox"/> F. 毛布 ()		<input type="checkbox"/> G. マスク ()		<input type="checkbox"/> H. 消毒液 ()		<input type="checkbox"/> I. その他 ()		
内容・数量等詳細								
J. 燃料(灯油・ガソリン)	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後は確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある			
8. 医療機器等の故障の状況	※詳細についてご記入ください (記載例) 要介護3以下、医療的処置の必要がない方、階段の昇降が出来る方、排泄が一部介助で、ADLが概ね自立の方、徘徊がない方							
9. 要介護者等の受入れ可能人数等	人 ※受入れ条件等があればご記入ください (記載例) 要介護3以下、医療的処置の必要がない方、階段の昇降が出来る方、排泄が一部介助で、ADLが概ね自立の方、徘徊がない方							
10. その他連絡事項があれば記入してください	(記載例) 施設前道路、土砂崩れにより通行止め							

【記入例】被害状況報告書(MCA無線・手書き用)

受付日時： 月 日 AM/PM :
 受付者名：

報告日時	2025 年 2 月 18 日 10 時 0 分					現在
災害種類	<input checked="" type="checkbox"/> 地震	<input type="checkbox"/> 水害	<input type="checkbox"/> 火災	<input type="checkbox"/> 土砂	<input type="checkbox"/> 津波	<input type="checkbox"/> その他
施設(事業所)名称	特別養護老人ホーム えぼし	報告者氏名	烏帽子 麻呂	MCA無線 呼出番号	210	
通信可能連絡手段	<input checked="" type="checkbox"/> ①電子メール		<input checked="" type="checkbox"/> ②電話		<input type="checkbox"/> ③FAX	
緊急連絡先電話番号	090-1234-5678					

1. 人的被害の状況	<input type="checkbox"/> ①人的被害なし		<input checked="" type="checkbox"/> ②人的被害あり				
	A. 重症者(医療機関受診必要)	人	B. 軽症者(医療機関受診不要)	1 人	C. 死者	人	
2. 建物被害の状況	<input type="checkbox"/> ①被害なし		<input checked="" type="checkbox"/> ②軽微な被害あり(推定被害80万円未満)		<input type="checkbox"/> ③重大な被害あり(推定被害80万円以上)		
	A. 建物損壊	<input type="checkbox"/> ①全壊	<input type="checkbox"/> ②大規模半壊	<input type="checkbox"/> ③半壊	<input type="checkbox"/> ④一部損壊	<input type="checkbox"/> ⑤未定	
	B. 浸水被害	<input type="checkbox"/> ①床上浸水	<input checked="" type="checkbox"/> ②床下浸水				
	C. 雨漏り	<input type="checkbox"/> ①あり	<input type="checkbox"/> ②なし				
	D. その他	()					
被害場所等詳細		1階フロア浸水で利用不可					
3. (入所施設)利用者等の他施設等への避難状況	<input type="checkbox"/> ①避難の必要性なし		<input type="checkbox"/> ②避難の必要性あり、避難先の確保が困難		<input type="checkbox"/> ③避難の必要性あり、避難先を調整中		
	避難先	<input type="checkbox"/> A. 他施設 ()	人				
		<input checked="" type="checkbox"/> B. 避難所 (茅ヶ崎小学校)	10 人				
		<input type="checkbox"/> C. 病院 ()	人				
<input type="checkbox"/> D. その他 ()		人					
4. (入所施設以外)運営への支障等の有無	<input type="checkbox"/> ①支障なし(閉所)		<input type="checkbox"/> ②支障あり(閉所) 代替受入先なし		<input type="checkbox"/> ③支障あり(閉所) 代替受入先調整中		
	代替受入先施設の所在地						
	代替受入先施設の名称						
5. 必要な人的支援の状況	A. 介護職員	3 人	※支援に必要な状況等の詳細をご記入ください ・交通路遮断により交替職員が不足している。 ・浸水フロアの清掃作業				
	B. その他職員(看護師等)	1 人					
	C. ボランティア	複数名 人					
6. ライフライン等の状況	A. 停電の有無等	<input checked="" type="checkbox"/> ①停電なし		<input type="checkbox"/> ②停電あり、非常用自家発電なし		<input type="checkbox"/> ③停電あり、非常用自家発電あり	
	B. 非常用自家発電の燃料残量	<input type="checkbox"/> ①燃料が十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②燃料が2~3日分しかなく、その後は燃料確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある	
	C. 電源車の支援及び支援状況	<input type="checkbox"/> ①支援を要請(高圧)、支援到着済み		<input type="checkbox"/> ②支援を要請(低圧)、支援到着済み		<input type="checkbox"/> ③支援を要請(電圧不明)、支援到着済み	
		<input type="checkbox"/> ④支援を要請(高圧)、支援未到着		<input type="checkbox"/> ⑤支援を要請(低圧)、支援未到着		<input type="checkbox"/> ⑥支援を要請(電圧不明)、支援未到着	
	D. 断水の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ①断水なし		<input type="checkbox"/> ②断水あり、給水可能な受水槽等なし		<input type="checkbox"/> ③断水あり、給水可能な受水槽等あり	
	E. 飲料水	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後については確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある	
	F. 生活用水	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後については確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある	
	G. トイレ	<input type="checkbox"/> ①使用可能		<input type="checkbox"/> ②使用不可、代替設備なし		<input type="checkbox"/> ③使用不可、代替設備あり	
	H. 給水車の支援及び	<input type="checkbox"/> ①支援不要		<input type="checkbox"/> ②支援を要請、支援未到達		<input type="checkbox"/> ③支援を要請、支援到達済み	
	I. ガス	<input checked="" type="checkbox"/> ①供給あり		<input type="checkbox"/> ②供給なし、代替設備なし		<input type="checkbox"/> ③供給なし、代替設備あり	
	J. 冷暖房	<input checked="" type="checkbox"/> ①使用可能		<input type="checkbox"/> ②使用不可			
	7. 物資の状況	A. 食料の状況	<input type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input checked="" type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後は確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある
内容・数量等詳細			嚙下困難者用の食料が不足				
<input type="checkbox"/> B. 飲料水 ()		<input type="checkbox"/> C. 薬 ()	<input type="checkbox"/> D. おむつ ()	<input type="checkbox"/> E. 衣服 ()			
<input type="checkbox"/> F. 毛布 ()		<input type="checkbox"/> G. マスク ()	<input type="checkbox"/> H. 消毒液 ()	<input type="checkbox"/> I. その他 ()			
内容・数量等詳細							
J. 燃料(灯油・ガソリン)	<input checked="" type="checkbox"/> ①十分ある、もしくは定期的に補充可能		<input type="checkbox"/> ②2~3日分しかなく、その後は確保の見通しなし		<input type="checkbox"/> ③本日分の確保にも支障がある		
8. 医療機器等の故障の状況	※詳細についてご記入ください 在宅酸素ボンベ交換分、複数名分必須						
9. 要介護者等の受入れ可能人数等	3 人 ※受入れ条件等があればご記入ください (記載例) 要介護3以下、医療的処置の必要がない方、階段の昇降が出来る方、排泄が一部介助で、ADLが概ね自立の方、徘徊がない方						
10. その他連絡事項があれば記入してください	(記載例) 施設前道路、土砂崩れにより通行止め						