

各務原市福祉避難所等開設・運営マニュアル様式一覧

様式No	様式名
1	被災状況確認表（チェックリスト）
2	福祉避難所開設準備チェックリスト
3	被災状況報告書
4	福祉避難所等受入調査票
5	福祉避難所開設要請（承諾）書 ※福祉避難所（二次）あて
6	移送要請書
7	移送記録簿
8	要配慮者等受入リスト
9	福祉避難所入出記録簿
10	食料・物資管理簿
11-1	食料依頼伝票 兼 処理表
11-2	物資依頼伝票 兼 処理表
12-1	人的支援依頼票
12-2	人的支援手配状況報告書
13	福祉避難所定例報告書
14	福祉避難所閉鎖通知書
15	福祉避難所の設置運営等に要した経費に関する請求書
16	健康状態チェックカード
17	健康状態チェック表
18-1	感染者が発生した場合の対応チェックリスト（1）
18-2	感染者が発生した場合の対応チェックリスト（2）

被災状況確認表(チェックリスト)

施設名	確認日時					確認者
	年	月	日	時	分	

1 施設周辺、施設外観の状況

調査箇所	点検項目	異常無し 又は良好	異常有
施設周辺	<input type="checkbox"/> 近くで火災が発生していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 延焼の危険性はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ガス臭がしないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 地割れ、陥没、隆起、液状化がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 施設周辺の建築物等が倒壊し、危険ではないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 断線し垂れ下がっている電線はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 周辺道路は通行できるか。(幹線道路からの進入の可否)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観 (外観)	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつかか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観 (別館)	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつかか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		

2 施設内部の状況

調査箇所	階	室・トイレ・廊下		
点検項目 A:良好 B:良好ではないが、応急 措置で対応 可能 C:応急措置で は対応不可 能	<input type="checkbox"/> 出火はないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> ガス臭くないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉は開閉ができるか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 床の破損がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 天井の亀裂・落下がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 備品等の転倒、落下がないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 電気はつかか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 断水していないか	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> 特記事項(緊急に必要な補修など)				

福祉避難所開設準備チェックリスト

項目		チェック	備考	
参集、 利用者の 安全確保	開所時間外に 被災した場合	施設長等責任者の参集	<input type="checkbox"/>	
		施設の開錠	<input type="checkbox"/>	
		勤務時間外職員の参集	<input type="checkbox"/>	
		利用者の状況確認	<input type="checkbox"/>	
	開所時間内に 被災した場合	利用者の安全確保	<input type="checkbox"/>	
		利用者数確認	<input type="checkbox"/>	
		負傷者の有無の確認	<input type="checkbox"/>	
		勤務時間外職員の参集	<input type="checkbox"/>	
職員の 安全確認	職員の勤務状況確認	<input type="checkbox"/>		
	負傷者の有無の確認	<input type="checkbox"/>		
	勤務時間外職員の安否確認	<input type="checkbox"/>		
施設の 被害状況確認	建物の被害状況	<input type="checkbox"/>		
	電話等通信手段	<input type="checkbox"/>		
	電気	<input type="checkbox"/>		
	ガス	<input type="checkbox"/>		
	水道	<input type="checkbox"/>		
	トイレ	<input type="checkbox"/>		
福祉救援班への 報告事項	次の項目(○)を報告	<input type="checkbox"/>		
	○施設名、責任者	<input type="checkbox"/>		
	○施設の状況	<input type="checkbox"/>		
	○本来業務継続の可否	<input type="checkbox"/>		
	○福祉避難所開設の可否	<input type="checkbox"/>		
	○受入可能人数 (人)	<input type="checkbox"/>		
	○必要な物資、人員等	<input type="checkbox"/>		
開設準備	受入場所の確保	<input type="checkbox"/>		
	物資、器材等の確認	<input type="checkbox"/>		
	トイレの確保	<input type="checkbox"/>		
	職員体制の確認	<input type="checkbox"/>		
	開設準備完了を様式3で報告	<input type="checkbox"/>		
協力可能な提供物資 (※本来業務に 支障のない範囲で)				

被災状況報告書

※ 状況に変化があった場合は、「第2報」以降の報告をしてください。

施設名	報告日時	報告者
	年 月 日 時 分	

1 施設職員、利用者の状況

区分	人数	責任者氏名	連絡担当者
施設職員	人	職員 名 (うち負傷者 名)	
区分	人数	内 訳	
利用者	人	高齢者 名 障がい者 名	
		その他 名 (うち負傷者 名)	

2 建物の被害状況 ライフラインについては、○か×を記入。

建物の被害状況	被害なし	全壊	半壊	危険な状態
電気	ガス	水道	トイレ	

3 通信手段の状況 可能な連絡方法を記載してください

区分	番号	区分	番号
有線電話		携帯電話	
FAX		e-mail	
その他			

4 本来業務継続の可否

本来業務継続の可否	<input type="checkbox"/> 継続が可能 <input type="checkbox"/> 継続が不可能
備考	(継続が不可能な理由等を具体的に記入してください。)

5 福祉避難所としての開設の可否

福祉避難所開設の可否	<input type="checkbox"/> 開設が可能 受入可能人数 人 <input type="checkbox"/> 人員、物資があれば開設が可能(受入要件は下記「6」に記入) 受入可能人数 人 <input type="checkbox"/> 開設不可能
備考	(開設不可能な理由等を具体的に記入してください。)

6 福祉避難所開設に必要な人員、物資

(「5 福祉避難所開設の可否」で「人員、物資があれば開設が可能」とした場合に記入してください。)

必要な人員	人	想定している業務 ()
必要な物資	()	()
()に数量を記入	()	()
	()	()

7 周辺の状況等

周辺の状況 道路、河川等	(現在の状況や施設周辺の被害状況等をわかる範囲で記入してください。)
-----------------	------------------------------------

※ 記入欄が不足する場合、別紙に記載のうえ、FAX等で提出してください。

市担当先あて (FAX: 058-383-6365)

※要配慮者1名につき1枚

福祉避難所等受入調査票

(一次避難所名)

作成日 令和 年 月 日 ()

(ふりがな) 要配慮者氏名					電話	
住所						
年齢	歳	性別		障がい者手帳の種類・等級 または、要支援・介護度		
疾患名 (主治医氏名)					障がい名	
普段利用する サービス事業所等					ケアマネジャー (事業所/担当者)	
氏名(フリガナ) (※避難した方のみ記入)			続柄	年齢	性別	備考 (福祉避難所へ同行する者はその旨を記載)
家 族						
家 連 絡 な ど の	氏名				電話	
	続柄		住所			
	氏名				電話	
	続柄		住所			
特別な配慮を必要とすることがある場合や心身等の状況を記入してください ※詳細別紙 (人工透析などの特殊な治療、薬の服用、アレルギー、歩行状態、食事形態など)						
----- ----- ----- -----						
家屋の状況	全壊	半壊	一部損壊	断水	停電	電話不通
()						
安否確認等の連絡があった場合、氏名および住所などをお答えてもよいですか？						はい いいえ
移送先調査 (スクリーニ ング)	一次避難所 [要配慮者スペース・ 福祉避難スペース]	福祉避難所(一次)	福祉避難所(二次)	緊急入所・入院		
備考						

市担当先あて (FAX : 058-383-6365)

※要配慮者1名につき1枚

福祉避難所等受入調査票 (詳細)

(一次避難所名)

作成日 令和 年 月 日 ()

(ふりがな) 要配慮者氏名				電話	
住所					
年齢	歳	性別		障がい者手帳の種類・等級 または、要支援・介護度	
項目	評価項目			備考・コメント欄	
床からの立ち上がり	自立 ・ 要介助 ・ 不可				
寝具	ベッド ・ 布団				
移乗	自立 ・ 要介助 ・ 不可				
歩行	自立 ・ 要介助 ・ 不可				
階段(段差)昇降	自立・スロープ等あれば自立・要介助・不可				
トイレ	自立 ・ 要介助 ・ 不可				
	和式可 ・ 洋式 ・ ポータブルトイレ				
食事	自立 ・ 要介助 ・ 不可				
食品アレルギー：無・有 ()					
常飲薬					
持病(病気)	高血圧・糖尿病・呼吸器・その他 ()				
	病名等 ()				
かかりつけ医療機関	無・不明・有 病院名 ()				
利用中の福祉サービス	無・不明・有 事業所 ()				

指定避難所運営担当職員氏名：

福祉避難所開設要請書

年 月 日

施設管理者

各務原市長

災害時における施設への避難者受入に関する覚書に基づき、福祉避難所の開設等について下記のとおり要請します。

開設期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ※開設の延長が必要な場合にあつては、協議のうえ延長を行うこととします
備考	

各務原市 担当連絡先	課名:	担当者:	電話:058-383-
			FAX:058-383-6365

市担当先あて (FAX:058-383-6365)

福祉避難所開設承諾書

年 月 日

各務原市長 宛

施設管理者

上記の要請について、承諾 ・ 拒否 します。

備考 (開設できない 場合の理由)	
-------------------------	--

施設担当連絡先	役職等:	担当者:	電話:
			FAX:

移送要請書

(施設名、事業者) 様

年 月 日

各務原市長

災害時における要配慮者等の移送を、下記のとおり要請いたします。

記

移送者 (要配慮者) 名			
移送区間	～		
身元引受人	(氏名)	(続柄)	
	(住所)	(電話)	
移送先避難所名			
移送先避難所住所			
移送先担当職員			(電話)
移送希望日時	年 月 日	午前 午後	時 分
特記事項			

市担当先あて FAX : 058-383-6365
メール: fsoumu@city.kakamigahara.lg.jp

移送記録簿

【施設、事業者名】

TEL : _____

FAX : _____

移送年月日 及び時間	移送区間	距離 (km)	使用車両	移送者名 (要配慮者)
年 月 日 : ~ :	~			
年 月 日 : ~ :	~			
年 月 日 : ~ :	~			
年 月 日 : ~ :	~			
年 月 日 : ~ :	~			
年 月 日 : ~ :	~			
〔備考〕				

施設、事業者 ⇒ 福祉救援班

様式 8

市担当先あて (FAX : 058-383-6365)

※氏名にはフリガナを必ずご記入ください。

年 月 日

要配慮者等受入リスト

いずれかに○を付けてください

福祉避難所（一次）・福祉避難所（二次）

施設名 _____

番号	氏名及びフリガナ	年齢	性別	住所	電話
		歳			
	入所日	心身の状況			
	退所日	転出先		備考	
		〔住所〕		〔電話〕	
番号	氏名及びフリガナ	年齢	性別	住所	電話
		歳			
	入所日	心身の状況			
	退所日	転出先		備考	
		〔住所〕		〔電話〕	
番号	氏名及びフリガナ	年齢	性別	住所	電話
		歳			
	入所日	心身の状況			
	退所日	転出先		備考	
		〔住所〕		〔電話〕	
番号	氏名及びフリガナ	年齢	性別	住所	電話
		歳			
	入所日	心身の状況			
	退所日	転出先		備考	
		〔住所〕		〔電話〕	

食料・物資管理簿

項目	品名	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
食料											
調味料											
飲料水											
生活用品											
衣料品											
その他											

※市の備蓄品、義援物資等によって適宜項目を追加・変更しつつ使用する。

※なお、本様式には日付、在庫数を記入し、食料・物資の状況を確認するものとする。

市担当先あて (FAX : 058-383-6365)

物資依頼伝票 兼 処理表

No. _____

避難所用	発信日時	年 月 日 ()		
		時 分		
	避難所名			
	住所			
	TEL			
	FAX			
		依頼項目	数量	備考 (サイズ等)
	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
⑦				
⑧				
⑨				
⑩				
⑪				
⑫				
特記事項				

災害対策本部用	受診日時	年 月 日 ()	
		時 分	
	担当者名		
	発注先業者		
	発注日時	年 月 日 ()	
		時 分	
	運送業者		
	出荷可能数量	個口数量	備考 (箱サイズ等)
特記事項			
避難所への連絡	年 月 日 ()		
	時 分		

人的支援依頼票

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

【依頼日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名			
依頼内容	職種・人数	配置希望日時	
<input type="checkbox"/> 市職員※福祉避難所(一次)のみ	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 看護師	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 保健師	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 保育士	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 介護福祉士	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 手話通訳者	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> ボランティア	()人	日 ()	午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> その他 ()	()人	日 ()	午前・午後 時 分
特記事項	(業務内容を具体的に記入)		

※市使用欄

【受信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名				
手配内容	職種・人数	依頼の状況	依頼日時	依頼先団体等
<input type="checkbox"/> 市職員	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> 看護師	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> 保健師	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> 保育士	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> 介護福祉士	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> 手話通訳者	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> ボランティア	()人		年 月 日 () 時 分	
<input type="checkbox"/> その他 ()			年 月 日 () 時 分	
特記事項	(依頼したい業務内容)			

人的支援手配状況報告書

【福祉避難所名】

【福祉救援班】

TEL :

FAX :

発信者名 :

【発信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

依頼内容 職種・人数	手配の可否	手配人数	手配先団体 等	配置可能日時
<input type="checkbox"/> 市職員※福祉避難所(一次)のみ ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 看護師 ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 保健師 ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 保育士 ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 介護福祉士 ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> 手話通訳者 ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> ボランティア ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
<input type="checkbox"/> その他 () ()人	可・否			年 月 日 () 午前・午後 時 分
特記事項				

市担当先あて (FAX : 058-383-6365)

福祉避難所 (次) 定例報告書 (第 報)

避難所名 :

日 時 : 年 月 日 時 分

送信者 (連絡先)	()			受信者	市災害対策本部 福祉救援班		
避難者に関する情報							
避難 世帯 数	要配慮者		世帯	避難 者 数	要配慮者	人	
	内 訳	高齢者	世帯		避難 者 数	介助者	人
		障がい者	世帯				
		その他	世帯				
	帰宅困難者		世帯		避難 者 数	帰宅困難者	人
	その他()		世帯			その他()	人
	合 計		世帯			合 計	人
福祉避難所 収容可能人数			人	内訳	要配慮者 介助者等	人 人	
避難者数増減見込み			増加傾向 ・ 減少傾向 ・ 変化なし				
避難所の継続の見通し			継続予定 ・ 閉鎖予定 (時期 :)				
避難 所 状 況	ライフライン		停電 ・ 電話故障 ・ 断水 ・ ガス停止				
	トイレの使用状況		既設 ・ 携帯 ・ 簡易 ・ 仮設				
	土砂崩れ		あり ・ 兆候あり ・ なし				
	道路状況		通行可 ・ 片側通行可 ・ 渋滞 ・ 通行不可				
福祉避難所活動人員		合計 人	内訳	市or施設職員 : 人 ボランティア : 人 その他応援職員 : 人			
マスコミ等からの 取材の有無			あり (取材者 :) ・ なし				
特記事項 (懸案事項、応援職員の必要性、避難者の様子等)							

※発信者側からの送付が困難な場合は、受信者側で聞き取った内容を記載します。

福祉避難所閉鎖通知書

年 月 日

(施設名) _____ 様

_____ 各務原市長

災害時における福祉避難所の指定を下記のとおり解除します。

記

施設名	
施設の種類	福祉避難所（一次） ・ 福祉避難所（二次）
解除日	年 月 日
備考	

市担当先あて (FAX : 058-383-6365)

福祉避難所の設置運営等に要した経費に関する請求書

施設名		
(1) 生活相談員等に要した人件費		円
(2) 入所者(要配慮者)に要した食費		円
(3) その他設置運営等に要した費用		円
	項 目	金 額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
	(1) + (2) + (3)	円

各務原市長 宛

上記のとおり請求します。

年 月 日

所在地

施設名

代表者名

印

記入日：

健康状態チェックカード

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

氏名

◆体調について

・発熱はありますか	はい・いいえ
・息苦しさがありますか	はい・いいえ
・味や匂いを感じられない状態 ですか	はい・いいえ
・咳やたんがありますか	はい・いいえ
・全身倦怠感・だるさ がありますか	はい・いいえ
・嘔吐や吐き気がありますか	はい・いいえ
・下痢が続いていますか	はい・いいえ

健康状態チェック表（一週間）

ふりがな	
氏名	

記入日	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温	朝 度	朝 度	朝 度	朝 度	朝 度	朝 度	朝 度
	昼 度	昼 度	昼 度	昼 度	昼 度	昼 度	昼 度
	夕 度	夕 度	夕 度	夕 度	夕 度	夕 度	夕 度
息苦しさがある ・息が荒くなった（呼吸数が多くなった） ・急に息苦しくなった ・少し動くと息が上がる ・胸の痛みがある ・横になれない ・座らないと息ができない ・肩で息をしている・ゼーゼーしている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
味やにおいを感じられない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
咳やたんが出る	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
全身倦怠感（だるさ）がある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
嘔吐や吐き気がある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
下痢がある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
その他 風邪等の症状がある （食事が食べられない、半日以上尿が出ていない、鼻水、鼻づまり、のどの痛み、目の充血、頭痛、関節痛、筋肉痛、けいれん、その他気になる症状）	はい・いいえ <症状>	はい・いいえ <症状>	はい・いいえ <症状>	はい・いいえ <症状>	はい・いいえ <症状>	はい・いいえ <症状>	はい・いいえ <症状>

この表は、巡回の医師や保健師等から求められた場合や毎日の健康チェックなどの際に提示してください。

感染者が発生した場合の対応チェックリスト（1）

①感染症発症者への対応	チェック	備考
保健所の指示に従い対応する		

②濃厚接触者（利用者・職員の特定）	チェック	備考
<p>感染者が確認された場合は、岐阜保健所（TEL:058-380-3004）からの指示を受けながら、施設内で濃厚接触者を特定し、検査等を行う</p> <p>濃厚接触者は、原則、新型コロナウイルスを疑う症状があった2日前から隔離開始までの間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者と同室者あるいは長時間の接触（車内等）があった者 ・適切な感染防護がない状態で患者の介護等を行った者 ・患者の痰、体液、排泄物等の汚染物に触れた可能性の高い者 ・手に触れることができる程度の距離（目安1m）での感染防護が無い状態で15分以上の接触があった者 等 		

③濃厚接触した利用者への対応	チェック	備考
専用スペースへの移動		
専用スペースの担当職員を限定		
対応職員は感染防護（マスク、ガウン、手袋等）の着用		
ケア前後の手洗い、手指消毒の徹底		
体温計等の器具は、他の避難者と共用しない		
来訪者との接触制限		
検査陽性の場合、保健所の指示に従う		
検査陰性の場合でも、濃厚接触者として示されている待機期間の日数程度は、他者との接触を避ける （接触の少ない場所に居室スペースを配置するなど工夫する。可能であれば個室や専用スペースを利用する。）		
岐阜保健所・福祉救援班と連絡をとり、適切な対応を図る		

④濃厚接触した職員への対応	チェック	備考
検査までの間は、他者との接触を避ける（自宅待機等）		
検査の結果、陰性の場合、保健所の指示に従い、一定期間自宅待機後に業務に復帰		
検査陽性の場合、保健所の指示に従う		
岐阜保健所・福祉救援班と連絡をとり、適切な対応を図る		

感染者が発生した場合の対応チェックリスト（2）

⑤接触した可能性のある利用者（濃厚接触ではない）への対応	チェック	備考
検査が不要との判断（感染の可能性は少ない）があった場合には、居住スペースにおいて継続して生活 ※検査実施の判断は保健所や医師等専門家によること		
検査が必要と判断された場合は、他の避難者等の接触を制限し、検査の結果が出るまで待機		
検査の結果陰性となった場合には、居住スペースで継続して生活		
検査陽性の場合、保健所の指示に従う		

⑥接触した可能性のある職員（濃厚接触者ではない）への対応	チェック	備考
検査が不要との判断（感染の可能性は少ない）があった場合には、通常の業務が可能 ※検査実施の判断は保健所や医師等専門家によること		
検査が必要と判断された場合は、避難者等の接触を制限し、検査の結果が出るまでは、業務は行わない。		
検査陰性の場合、業務可能		
検査陽性の場合、保健所の指示に従う		

⑦感染者が発生した施設について	チェック	備考
感染者が利用したスペースを感染防護を行った上で、岐阜保健所等からの指示に従い、適切に消毒を実施する		
ティッシュ等のゴミは、感染性廃棄物として適切に処理を行う		
感染者が複数発生した場合は、必要に応じて、福祉避難所を閉鎖（統合）する		本部班が決定