

番号		地区		自治会	加入・非加入
----	--	----	--	-----	--------

日野町災害ケースマネジメント 訪問調査票

初回訪問日時	年 月 日 : ~ :	調査方法	訪問・電話・その他 ()
調査班	所属		記録者
	氏名		

(フリガナ) 氏名	生年月日 (年齢)	大・昭 平・令 (歳)	年 月 日	性別 男・女	電話番号
住所又は は居所	被災前の住所 ※災害で転居した場合		持ち家・借家・公営住宅・その他 ()		
世帯 構成	高齢者単身・高齢者のみ・単身 それ以外 ()	世帯 人数	合計 人	配偶者・息子 (人) その他 (人)	娘 (人) 孫 (人)
家族 親戚	町内にいる・県内にいる・県外にいる・疎遠 誰が ()	相談相手		関係	
親しい人 ※親戚・友人・近所 の人・民生委員など		関係		よく行く所	※病院・サロン・買物先など

住まいの状況

ライフライン ※使用可能に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	被災状況	全壊・大規模半壊・半壊・準半壊・一部損壊 50%以上 40%以上 20%以上 10%以上 10%未満
雨漏り	無い・多少ある・ひどくある・わからない	罹災証明	取得済み・申請中・要らない・わからない

住まいの状態 (裏面に自由筆記欄あり)

建物の状態 (壊れているところ)	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 壊れている →具体的に (場所、様子、不便な状況 など)
修理の依頼 (壊れている場合)	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 依頼済み →依頼先
部屋の状態 (片付けが?)	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 片付けの手伝いが必要 →手伝ってほしい内容
相談内容 (不安なところ)	

健康状態 (裏面に自由筆記欄あり)

睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れない時がある <input type="checkbox"/> 眠れない →具体的に (頻度や眠れない原因、翌日の昼寝 など)
食事	<input type="checkbox"/> 食欲がある <input type="checkbox"/> 食欲がない時がある <input type="checkbox"/> いつも食欲がない →具体的に (食欲がない原因 など)
服薬	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない <input type="checkbox"/> 相談したいことがある →相談したい内容 (薬について困っていること など)

生計 (裏面に自由筆記欄あり)

仕事	<input type="checkbox"/> 定職に就いている →仕事内容と頻度 <input type="checkbox"/> パート勤務等 →アルバイトや季節労働 <input type="checkbox"/> 無職
収入	<input type="checkbox"/> 仕事の収入 →1か月の収入 <input type="checkbox"/> 年金を受給 →2か月毎の受給額 <input type="checkbox"/> その他の収入 →生活保護等 <input type="checkbox"/> 無収入

今後の暮らし

困っていること	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 時々困っている <input type="checkbox"/> 困っている ➡具体的に
不安なこと	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 時々不安になる <input type="checkbox"/> 不安である ➡具体的に
相談相手	<input type="checkbox"/> いる ➡相談相手 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 必要がない <input type="checkbox"/> 相談がある ➡相談内容
今後やりたいこと	
➡今後の暮らしのご希望や不安などについて	

➡健康面での不安やお困りの状況などについて

➡生計や収入面でお困りの状況などについて

➡住まいの状態でお困りの状況などについて

「日野町災害ケースマネジメント訪問調査票」に基づく聞き取り内容について、生活復興支援に必要な範囲で関係機関及び関係者で共有することに 同意します。 同意しません。

年 月 日

署名（自書） 氏名：

代理人氏名：