

JMAT 避難所チェックリスト

記入者氏名: _____ 所属 _____ 医師会

記載日時

避難所名前

避難所住所

収容人数

男女比

災害弱者
(高齢者、子供、妊婦、透析、
治療の必要性の有無)

医療ニーズ
(薬の充足を含む)

被ばくの可能性

水・食料

トイレ・衛生

要介護者

「避難所におけるトリアージ
カード」

赤カード	人
黄カード	人
白カード	人

その他