

No.	避難所名	市町村	避難者数	巡回診療	基準を満たすための必要量等			申し送り事項概要 (保健医療活動チームの配置の必要性等基準のない項目についてのみ1行で簡潔に記載)			保健医療活動チームの要請		
					過剰避難者数	生活用水	飲料水	トイレ	簡所	チーム	緊急		
					人	L/日/避難所	L/日/避難所						
1				有・無							-		
2				有・無							-		
3				有・無							-		
4				有・無							-		
5				有・無							-		
6				有・無							-		
7				有・無							-		
8				有・無							-		
9				有・無							-		
10				有・無							-		
11				有・無							-		
12				有・無							-		
13				有・無							-		
14				有・無							-		
15				有・無							-		
16				有・無							-		
17				有・無							-		
18				有・無							-		
19				有・無							-		
20				有・無							-		
21				有・無							-		
22				有・無							-		
23				有・無							-		
24				有・無							-		
25				有・無							-		
26				有・無							-		
27				有・無							-		
28				有・無							-		
29				有・無							-		
30				有・無							-		
31				有・無							-		
32				有・無							-		
33				有・無							-		
34				有・無							-		
	合計								※物資に係る支援は3日分以上を基本とする。			医療チーム	
	3日分								市町村単位の物資拠点【二次物資拠点】			小児周産期	
	市町村調達分								市町村名	施設名等	住所	DPAT	
	県への支援要請分											歯科	
	※保健医療調整本部は、市町村からの要請により統括調整部受援班物的支援チームに対し、市町村単位の物資拠点(二次物資拠点)への支援物資の搬入を依頼する。											DCAT	
	※市町村単位の物資拠点から各避難所への物資の搬入については、市町村における対応を原則とする。											他支援チーム	