様式3-1

被災状況及び支援内容確認表

確認先　 佐賀県庁健康増進課　 氏名

確認者　（公社）佐賀県栄養士会　　氏名

確認日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町名 | 年　　月　　日　　時　時点の状況 | | | |
| 被災の種類  ( )  □地震  □風水害  □その他  （　　　　　） | 交通 | 使用可能に☑　➡　□ＪＲ　　□路線バス　　□主要道路 | | |
| ライフライン | 水道 | □使用可　□一部不可　□使用不可  ※給水車　有　　無 | |
| 電気 | □使用可　□一部使用可　□使用不可 | |
| ガス | □使用可　□一部使用可　□使用不可 | |
| 流通 | スーパー  コンビニ | □概ね営業　□一部営業　□休業 | |
| 飲食店 | □概ね営業　□一部営業　□休業 | |
| ホームセンター等 | □概ね営業　□一部営業　□休業 | |
| 避難所数 |  | | |
| 避難者数 |  | | |
| 必要な  支援活動 | 内　容 | | 配置人数 |
| □被災者（要配慮者を含む）への巡回個別　栄養相談 | |  |
| □避難所での食事状況調査や衛生指導、　栄養健康教育 | |  |
| □特殊栄養食品（アレルギー児用粉ミルクや高齢者用食品、病者用食品等）の提供に　係る支援 | |  |
| □ | |  |
| □ | |  |