

実施場所（施設名・建物名）：			実施日： 年 月 日	No.
実施場所のカテゴリー		当日の登録人数	その他、歯科に限らない避難生活全般に対する申し送り事項等がありましたら、ご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 避難所	<input type="checkbox"/> 仮設住宅	※ 概数でも構いません		
<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅		記載者 所属・氏名	
<input type="checkbox"/> その他（ ）			記載者 連絡先	

※【災歯2.1】ラピッドアセスメント票(迅速集団)との対応 (5) (2)(3) (4) (5) (1)