

避難者カード (避難所：〇〇小学校)

入所日 (2022・8・××)

自治会名 (秦野自治会)		※記入不要				
※ 自治会未加入者は「未加入」と記載		整理番号				
該当する番号を ○で囲んでください	<input checked="" type="radio"/> 1 避難者 (避難所での避難や生活を希望する方)					
	2. 在宅避難者 (配給等が <u>必要</u> な方) ※風水害時は対象外					
	3. 在宅避難者 (配給等も <u>必要がない</u> 方) ※風水害時は対象外					
	4. 帰宅困難者 (一時的に滞在する方)					
避難所までどうやって避難しましたか 該当番号を○で囲ってください		<input checked="" type="radio"/> 1 徒歩 2 自転車 3 バイク 4 タクシー・バス 4、自動車(車種・ナンバー:)				
氏名	ふりがな) たんざわ いちろう		生年 月日	1972.1.1	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	丹沢 一郎 (50才)					
血液型		A ・ <input checked="" type="radio"/> B ・ O ・ AB Rh (+ ・ -)				
住所	秦野市内	秦野市桜町1-3-2				
	秦野市外	都・道・府・県		市・区・郡		
		町・村・字				
連絡先		090-1234-××××				
緊急連絡先		住所 神奈川県横浜市中区〇〇町 ××-×				
氏名		丹沢 花子 (続柄) 二女		電話番号 090-0000-××××		
【重要】避難所に避難していることを公表してよろしいでしょうか ※ 風水害時は氏名等を公表することはありません。						
<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 否						
食物アレルギーを お持ちですか	<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ		はいの場合：該当番号を○で囲んでください			
			<input checked="" type="radio"/> 1. えび 2. かに 3. 小麦 4. そば 5. 卵 6. 大豆 7. その他 (※該当するアレルギーを記入)			
医療や配慮について：該当する番号を○で囲んで必要に応じて記入して下さい						
1. 基礎疾患がある (喘息 ※伝えたい疾患等があれば記入)						
【通院先病院： 〇〇病院 】 (通院頻度 1回 / 4週)						
2. 小児医療 3. 人工透析 / 次回の透析日 (日) 4. 酸素療法						
5. 産婦人科医療 6. 精神科医療 7. 要介護度 ()						
8. その他 (薬だけ)						

～皆さんの助けが必要です～

避難所運営でご協力いただけることがありましたら該当する番号を○で囲んでください

1. けがの手当て 2. 子どもの世話 3. 介護 4. 炊事・洗濯 5. 大工・力仕事
6. その他：資格など（ **介護福祉士 ※避難所運営で協力できる資格があれば記入** ）

その他、相談事や希望がありましたら下欄にご記入ください

避難所を運営する市職員に伝えておきたいことがあれば記入

記入が終わったら受付（職員）へ必ず渡して下さい
（渡さないと避難所へ入れません）

※以下の欄は名簿統括班で記入します **※風水害時は市職員が記入します。**

退所日時	年 月 日 時
転出先住所	

【 受 付 シ ー ト 】

体温・健康状態は、受付時に職員が記載します。

受付時の体温	℃	時 分頃
健康状態	<input type="checkbox"/> ここ数日発熱がある（ 日から）	
	<input type="checkbox"/> 息苦しさがある	
	<input type="checkbox"/> 体のだるさ	
	<input type="checkbox"/> せき・たん・下痢などの症状がある	
	<input type="checkbox"/> 基礎疾患がある	
	<input type="checkbox"/> 保健所からの指示で健康観察中	
日 付	体温	健康状態
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
備 考		