

整理 号码	
----------	--

# 避难人员卡

登陆 处理	
----------	--

※请填写黑粗方框内以及背面的内容。填写后有变更的话请及时告知。

避难所名称		入所年月日・时间	令和 年 月 日 :			
地址			<input type="checkbox"/> 市(町)内在住者 <input type="checkbox"/> 市(町)外在住者			
电话	固定电话 : ( )	手机号 : ( )				
在此避难所的家人	联系人代表	日语假名 姓名	关系	年龄	性别	健康状态等
			-		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 受伤(部位 ) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 特别照顾(需要照顾的高龄老人、残障人士、孕妇等)
	2				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 受伤(部位 ) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 特别照顾(需要照顾的高龄老人、残障人士、孕妇等)
	3				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 受伤(部位 ) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 特别照顾(需要照顾的高龄老人、残障人士、孕妇等)
	4				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 受伤(部位 ) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 特别照顾(需要照顾的高龄老人、残障人士、孕妇等)
	5				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 受伤(部位 ) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 特别照顾(需要照顾的高龄老人、残障人士、孕妇等)
不在此避难所的家人				所在地 → <input type="checkbox"/> 自己家 <input type="checkbox"/> 工作单位 <input type="checkbox"/> 其他地点( ) <input type="checkbox"/> 不知道		
				所在地 → <input type="checkbox"/> 自己家 <input type="checkbox"/> 工作单位 <input type="checkbox"/> 其他地点( ) <input type="checkbox"/> 不知道		
有无接受避难救援	<input type="checkbox"/> 有 避难方法 : <input type="checkbox"/> 家人接送 <input type="checkbox"/> 管辖地区工作人员接送 <input type="checkbox"/> 无 避难方法 : <input type="checkbox"/> 走路 <input type="checkbox"/> 自行车・摩托车 <input type="checkbox"/> 机动车(No. : )					
家庭住宅损害情况	<input type="checkbox"/> 没有损坏 <input type="checkbox"/> 有损坏 <input type="checkbox"/> 不确定					
紧急联系方式(亲戚等)	地址 : 姓名 : (关系 : ) 电话号码 : ( )					
特别备注事项 (疾病等需注意的事项)						
如果有确认您是否安全的咨询时,可以公开您的地址和姓名吗?			<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以			

(避难所工作人员填写栏)

・时间	令和 年 月 日 :	
转出地	<input type="checkbox"/> 自己家 <input type="checkbox"/> 亲戚・朋友家 <input type="checkbox"/> 临时住宅 <input type="checkbox"/> 其他	地址 : 姓名 : 电话 : ( )

# 问 诊 票

号码	姓名	体温	强烈倦怠感 呼吸困難	咳嗽 味觉异常 嗅觉异常	过去 2 天内 密切接触者	备注（其他症 状等）
1		℃	有 · 无	有 · 无	有 · 无	有 · 无
2		℃	有 · 无	有 · 无	有 · 无	有 · 无
3		℃	有 · 无	有 · 无	有 · 无	有 · 无
4		℃	有 · 无	有 · 无	有 · 无	有 · 无
5		℃	有 · 无	有 · 无	有 · 无	有 · 无

※请按照表的避难者卡的记载事项，按顺序顺次在相应的地方画○。

※体温请按照避难所入口处体温检查的数值填写。