

整理 番号	
----------	--

# 避難者カード

登録 処理	
----------	--

※太枠の中及び裏面を記入してください。変更が生じた場合は申し出てください。

避難所名		入所年月日・時間	令和 年 月 日 :			
住所				<input type="checkbox"/> 市(町)内在住 <input type="checkbox"/> 市(町)外在住		
電話	自宅 : ( )	携帯 : ( )				
この避難所にいる家族	連絡代表者	ふりがな 氏名	続柄	年齢	性別	健康状態等
			—		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが(部位 ) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要配慮(介護を要する高齢者、障がい者、妊産婦など)
	2				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが(部位 ) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要配慮(介護を要する高齢者、障がい者、妊産婦など)
	3				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが(部位 ) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要配慮(介護を要する高齢者、障がい者、妊産婦など)
	4				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが(部位 ) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要配慮(介護を要する高齢者、障がい者、妊産婦など)
	5				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが(部位 ) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要配慮(介護を要する高齢者、障がい者、妊産婦など)
避難所に いない 家族				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
避難支援の 有無	<input type="checkbox"/> 有 避難手段 : <input type="checkbox"/> 家族による送迎 <input type="checkbox"/> 地域の人による送迎 <input type="checkbox"/> 無 避難手段 : <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車・オートバイ <input type="checkbox"/> 自動車 (No. : )					
家屋の 被害状況	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 被害あり <input type="checkbox"/> 不明					
緊急連絡先 (親族など)	住所 :					
	氏名 :	(続柄 : )	電話 :	( )		
特記事項 (病気等の留意点など)						
安否の問合せがあった場合、住所・氏名を公表してもよいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

(避難所記入欄)

退所年月日・時間	令和 年 月 日 :			
転出先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族・友人宅 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> その他	住所 :		
		氏名 :	電話 :	( )

# 問 診 票

番号	氏名	体温	強いだるさ 息苦しさ	せき 味覚異常 嗅覚異常	過去2日間 以内に濃厚 接触	備考（気にな る症状等）
1		℃	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	
2		℃	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	
3		℃	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	
4		℃	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	
5		℃	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	

※表の避難者カードに記載されている方から順番に該当する項目に○を付けて下さい。

※体温については避難所入口にて検温した際の数値を記載してください。