

世帯別避難者カード

【太枠内を記入】

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 避難日時                             | 年 月 日 時 分   |
| 世帯代表者 / 自宅住所                     | /   |
| 代表者連絡先 / 緊急連絡先<br>(携帯電話等) (親族など) | /   |
| 避難所に滞在していることや<br>安否等の照会に対する情報提供  | <input type="checkbox"/> 提供する【範囲：親族／勤務先・学校等／友人・知人<br><input type="checkbox"/> 提供しない / その他 ( ) |

| No. | ふりがな<br>氏名 | 体温<br>(°C) | 年齢 | 性別   | ケガ・病気等の状況  |          | 健康調査<br>(該当がなければ⑰を記入) |
|-----|------------|------------|----|--|--|----------|-----------------------|
|     |            |            |    |  | 有無   | ※内容・特記事項 |                       |
| 1   |            |            |    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |          |                       |
| 2   |            |            |    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |          |                       |
| 3   |            |            |    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |          |                       |
| 4   |            |            |    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |          |                       |
| 5   |            |            |    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |          |                       |

※特記事項には要配慮者(高齢者、障がい者、乳幼児など)等を記載。

【健康調査項目】 ※該当する項目番号(①～⑰)を上記「健康調査」欄に一人ずつ記入してください

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ① 現在、医療機関に通っていますか？<br>(病名/症状： ) | ⑩ 目が赤く、目やにが多いですか？               |
| ② 普段より、熱っぽさを感じますか？              | ⑪ 現在、服薬をしていますか？<br>(症状： )       |
| ③ 呼吸の息苦しさ、胸の痛みはありますか？           | ⑫ 避難所での滞在、生活で、介護や介助は必要ですか？      |
| ④ においや味を感じないですか？                | ⑬ 避難所での滞在、生活で、配慮が必要な障がいがありますか？  |
| ⑤ せきやたん、のどの痛みはありますか？            | ⑭ 乳幼児と一緒にですか？(妊娠中を含む)           |
| ⑥ 全身がだるいなどの症状はありますか？            | ⑮ 呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、そのほか基礎疾患はありますか？ |
| ⑦ 吐き気がありますか？                    | ⑯ てんかんはありますか？                   |
| ⑧ 下痢がありますか？                     | ⑰ 該当なし                          |
| ⑨ からだにぶつぶつ(発疹)はありますか？           |                                 |

◆その他、配慮が必要なことや伝えておきたいことなどがあれば記入してください。

|        |  |               |  |
|--------|--|---------------|--|
| ペットの有無 | <input type="checkbox"/> あり                                | (種類・特徴)       | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス (名前) |
|        | <input type="checkbox"/> なし                                | (種類・特徴)       | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス (名前) |
| 自動車の有無 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | (台数) 台 (駐車場所) |  |

受付者

滞在スペース