

# Household Evacuation Sheet 世帯別避難者カード

**[Please fill in the bold line boxes. 太枠内を記入]**

Evacuation Date and Time 避難日時	年(yy) 月(mm) 日(dd) 時(hr) 分(min)
Rep. of household 世帯代表者 / Address 自宅住所	/
Rep. Tel. No. (mobile, etc.) / Emergency Tel. No. (relatives, etc.) 代表者連絡先(携帯電話等) / 緊急連絡先(親族など)	/
Personal Info. due to inquiries about safety, etc. (Providing info. in response to inquiries about stay at the shelter and conditions.) 避難所に滞在していることや安否等の照会に対する情報提供	<input type="checkbox"/> Happy to be shared 提供する 【To Who 範囲 : Relatives 親族 / Work 勤務先・Schools 学校等 / Friends 友人 / Acquaintances 知人 / Others その他 ( )】 <input type="checkbox"/> No information should be shared. 提供しない

No.	Kana ふりがな	Temp. 体温 (°C)	Age 年齢	Sex 性別	Injury, illness, etc. ケガ・病気等の状況		Health Condition (See below and if NOT applicable, please write ⑰.) 健康調査 (該当がなければ⑰を記入)
	Full Name 氏名				Yes / No 有無	※Details and Remarks* 内容・特記事項	
1				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし		
2				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし		
3				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし		
4				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし		
5				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし		

**Note: If you have any family members who may need special care, such as babies, infants, elderlies, or people who have certain conditions (disabilities, etc.), please write in the Details and Remarks\* (see column up).** 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。

**【Health Condition List 健康調査項目】**※Check the list (①-⑰) below, and write the number(s) if you are applicable in the each person's "Health Condition" column above. 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 Do you go to a medical institution regularly? 現在、医療機関に通っていますか? (Name of disease/symptom 病名/症状)	⑩ Are your eyes red or with a lot of eye mucus? 目が赤く、目やにが多いですか?
② Do you feel more feverish than normal? 普段より、熱っぽさを感じますか?	⑪ Do you take any medicines? 現在、服薬をしていますか? (Condition 症状)
③ Do you have any chest pains or difficulties with breathing? 呼吸の息苦しさ、胸の痛みはありますか?	⑫ Do you need care or assistance during your stay and living at the shelter? 避難所での滞在、生活で、介護や介助は必要ですか?
④ Do you find it difficult to taste or smell? においや味を感じないですか?	⑬ Do you have any disabilities that need to be taken into consideration when staying at the shelter? 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 Do you have a cough, more mucus or throat pains (sore throat) せきやたん、のどの痛みはありますか?	⑭ Are you with an infant or pregnant? 乳幼児と一緒にですか? (妊娠中を含む)
⑥ Do you have any symptoms of general malaise? 全身がけだるいなどの症状はありますか?	⑮ Do you have respiratory diseases, high blood pressure, diabetes, or other underlying conditions? 呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、その他基礎疾患はありますか?
⑦ Do you feel nauseous? 吐き気がありますか?	⑯ Do you have epilepsy? てんかんはありますか?
⑧ Do you have diarrhea? 下痢がありますか?	⑰ <b>Not applicable.</b> 該当なし
⑨ Do you have any rashes on your body? からだにぶつぶつ(発疹)はありますか?	

◆Please write if there is anything else that needs attention or that you want to report. Please indicate any other considerations or things you would like to share.  
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。

Pet(s) ペットの有無	<input type="checkbox"/> I have. あり	(Type 種類・Features 特徴)	<input type="checkbox"/> Male オス	<input type="checkbox"/> Female メス	(Name 名前)
	<input type="checkbox"/> No. なし	(Type 種類・Features 特徴)	<input type="checkbox"/> Male オス	<input type="checkbox"/> Female メス	(Name 名前)
Car 自動車の有無	<input type="checkbox"/> I have. あり <input type="checkbox"/> No. なし	(Number 台数)	台	(Parking location 駐車場所)	