

Tarjeta de Registro Familiar en el Refugio (Abrigo) 世帯別避難者カード

【Favor rellenar el cuadro de las líneas gruesas en letra de forma legible. 太枠内を記入】

Fecha (año/mes/día) y Horario 避難日時	年 月 日 時 分
Representante Familiar 世帯代表者 / Dir. 自宅住所	/
No. TEL (No. Tel. Celular, etc.) / Contacto de Emergencia (de parientes) 代表者連絡先(携帯電話等) / 緊急連絡先(親族など)	/
Suministro de Información en respuesta a las consultas sobre la permanencia en los refugios, la seguridad, etc. 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"/> Informar 提供する 【Limite 範囲: Parientes 親族 / Empresa empleadora 勤務先・Escuelas 学校等 / Amigos 友人・Conocidos 知人 / Otros その他 ()】 <input type="checkbox"/> No Informar 提供しない

No.	Lectura Japonesa ふりがな	Temp. 体温 (°C)	Edad 年齢	Sexo 性別	Herida, enfermedades, etc. ケガ・病気等の状況		Estado de Salud (Escriba "⑰", al no encuadrar en ninguno.) 健康調査 (該当がなければ⑰を記入)
	Nombre Completo 氏名				Hay / No hay 有無	※Contenido y Observaciones 内容・特記事項	
1				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Hay あり <input type="checkbox"/> No hay なし		
2				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Hay あり <input type="checkbox"/> No hay なし		
3				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Hay あり <input type="checkbox"/> No hay なし		
4				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Hay あり <input type="checkbox"/> No hay なし		
5				<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	<input type="checkbox"/> Hay あり <input type="checkbox"/> No hay なし		

※Rellene en "Contenido y Observaciones" sobre la familia (ancianos, discapacitados, bebés, etc.) que necesita de cuidados especiales. 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。

【Ítems del Estado de Salud 健康調査項目】 ※Rellene el ítem correspondiente (① al ⑰) de cada persona, en la columna de "Estado de Salud" del cuadro de arriba. 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 ¿Actualmente asiste a una institución médica? 現在、医療機関に通っていますか? (Enfermedad/Síntomas 病名/症状:)	⑩ ¿Tiene los ojos rojos y mucha secreción ocular? 目が赤く、目やにが多いですか?
② ¿Siente más calor que de costumbre? 普段より、熱っぽさを感じますか?	⑪ ¿Actualmente está tomando medicación? 現在、服薬をしていますか? (Síntomas 症状:)
③ ¿Tiene dificultad para respirar o dolor en el pecho? 呼吸の息苦しさ、胸の痛みはありますか?	⑫ ¿Necesita cuidados o asistencia durante su estadía y vida diaria en el refugio? 避難所での滞在、生活で、介護や介助は必要ですか?
④ ¿Está con problemas para sentir la aroma o el sabor? においや味を感じないですか?	⑬ ¿Tiene alguna discapacidad y necesita de cuidados especiales en el refugio? 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 ¿Tiene tos, flema o dolor de garganta? せきやたん、のどの痛みはありますか?	⑭ ¿Estás con un bebé? ¿Algún familiar está embarazada? 乳幼児と一緒にいますか? (妊娠中を含む)
⑥ ¿Tiene algún síntoma como fatiga general? 全身がだるいなどの症状はありますか?	⑮ ¿Tiene alguna enfermedad subyacente como enfermedad respiratoria, presión arterial alta, diabetes, etc.? 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 ¿Tiene náuseas? 吐き気がありますか?	⑯ ¿Sufrir de epilepsia? てんかんはありますか?
⑧ ¿Tiene diarrea? 下痢がありますか?	⑰ No se encuadra en ningún ítem. 該当なし
⑨ ¿Está con exantema (erupción cutánea) en el cuerpo? からだにぶつぶつ(発疹)はありますか?	

◆Escriba al haber algo más que necesita de atención o desee informar. 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。

Animal de Estimación ペットの有無	<input type="checkbox"/> Tiene あり	(Tipo 種類・Características 特徴)	<input type="checkbox"/> Macho オス	<input type="checkbox"/> Hembra メス (Nombre 名前)
	<input type="checkbox"/> No Tiene なし	(Tipo 種類・Características 特徴)	<input type="checkbox"/> Macho オス	<input type="checkbox"/> Hembra メス (Nombre 名前)
Automóvil 自動車の有無	<input type="checkbox"/> Tiene あり <input type="checkbox"/> No Tiene なし	(Cantidad 台数)	台	(Lugar Estacionado 駐車場所)