|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■情報記載日　　　　年　月　日 | | | | | | | | | | No. |
| フリガナ氏 名 |  | | 性別 |  | 生年月日 | （　　　歳） | |  | | |
| 住 所 |  | | | | | | |
| 現住所 |  | | | | | | |
| 電話 |  | 携 帯 |  | | | 血液型 |  |
| ＦＡＸ |  | E-Mail |  | | | | |
| 世帯区分 |  | 地区名称 |  | | | | |
| 身体区分 |  | 自治会 |  | | | | | 医療保険 |  | |
| 民生委員 |  | 防災組織 |  | | | | | 見守区分 |  | |
| 福祉専門員 |  | 担当課 |  | | | | | 緊急通報 |  | |
| 対象要件 | 独居高齢者  高齢者世帯  身体障がい　　　 知的障がい　　　　 精神障がい　　　　 介護保険  難病患者  乳幼児  妊産婦　　　　　 外国人　　　　　　 その他 | | | | | | | | | |
| 拡張項目 | 日中独居　　　　　　　　 車いす使用　　　　　　　 杖使用  認知症  在宅酸素　　　　　　　　 人工透析　　　　　　　　 障害福祉サービス利用者 　 医療ケア  難聴・補聴器　　　　　  弱視・眼鏡　　　　　  計画提供拒否　　　　 　　　　 新規名簿登録者 | | | | | | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | | | | | | |

安否連絡安否連絡

者

者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障がい | 手帳番号 |  | 等級 |  |
| 知的障がい | 手帳番号 |  | 程度 |  |
| 精神障がい | 手帳番号 |  | 等級 |  |
| 相談支援員 |  | | 電話 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所 |  | 電話 | |  | 要介護度 |  |
|  | | | | 認知症自立度 |  |
| ケアマネジャー |  | | 電話 |  | 被保険者番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成 | ① |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 携帯 |  |
| ② |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 携帯 |  |
| ③ |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 携帯 |  |
| ④ |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 携帯 |  |
| ⑤ |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 携帯 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急時の連絡先 | ① |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| ② |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| ③ |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 協力員 | 安否連絡者１ |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 安否連絡者２ |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 避難時補助員 |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 誘導補助員 |  | 続柄 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | 電話 |  |
|  | | | | | E-Mail |  | 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | |  | | | | | |
| フリガナ  氏 名 |  | | 性別 | 年齢 | 血液型 | 電話番号 | 携帯番号 |
| 住 所 |  | | | | | 地区名称 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけの医療機関 | ① | 医療機関名 |  | | 電話 |  | 診療科 |  | 担当医 |  |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 治療中疾患 |  | 使用薬、用量服用上の注意 | |  | | | | |
| ② | 医療機関名 |  | | 電話 |  | 診療科 |  | 担当医 |  |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 治療中疾患 |  | 使用薬、用量服用上の注意 | |  | | | | |
| ③ | 医療機関名 |  | | 電話 |  | 診療科 |  | 担当医 |  |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 治療中疾患 |  | 使用薬、用量服用上の注意 | |  | | | | |
| 避難時に必要とする支援の内容 | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難場所 | ① |  | 住所 |  | 電話 |  | 収容人数 |  |
| ② |  | 住所 |  | 電話 |  | 収容人数 |  |
| ③ |  | 住所 |  | 電話 |  | 収容人数 |  |
| ④ |  | 住所 |  | 電話 |  | 収容人数 |  |
| ⑤ |  | 住所 |  | 電話 |  | 収容人数 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難時優先度 |  | 個別計画 |  | 作成日 |  |

【情報伝達での留意事項】

【避難誘導時の留意事項】

【避難先での留意事項】

避難経路図

家屋情報

|  |  |
| --- | --- |
| 災害リスク(危険地域該当) | |
| 河川浸水計画規模 |  |
| 河川浸水想定最大 |  |
| 河川氾濫流 |  |
| 河岸侵食 |  |
| ため池 |  |
| 津波 |  |
| 高潮 |  |
| 地すべり |  |
| 急傾斜地警戒 |  |
| 急傾斜地特別警戒 |  |
| 土石流警戒 |  |
| 土石流特別警戒 |  |
|  |  |
|  |  |