

個人情報を含みます。情報が流出しないよう取扱い及び保管に際しては注意を払いましょう！ (2-1)

避難者カード

太枠内を記入し、提出してください。(それ以外の枠は、必要に応じて記入することもできます。)

避難所名		受付番号	
入所年月日	年 月 日		
退所年月日			
退所先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(住所)		連絡先

住民票の住所	
連絡先 (携帯または自宅)	

ふりがな 氏名	安否確認	性別	年齢	個別支援・配慮が必要な事項										資格等 所持者 ①医師 ②看護師 ③建築士
				負傷	妊産婦	要介護	障がい				ギルシア		服薬	
							身体	精神	知的	発達				
世帯主	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
家族	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 大丈夫 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

安否情報の公表	安否の問い合わせがあった場合、氏名、住所を回答(公表)してもよいですか。	<input type="checkbox"/> 可(よい)	<input type="checkbox"/> 不可
---------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

特記事項	
------	--

ご自宅の状況	<input type="checkbox"/> 居住可	被害状況	<input type="checkbox"/> 全壊	<input type="checkbox"/> 半壊	<input type="checkbox"/> 一部損壊	<input type="checkbox"/> 床上浸水	<input type="checkbox"/> 床下浸水
	<input type="checkbox"/> 居住不可		ライフライン状況	<input type="checkbox"/> 断水	<input type="checkbox"/> 停電	<input type="checkbox"/> ガス停止	<input type="checkbox"/> その他()

ご家族の 避難情報	避難先	避難情報		
	<input type="checkbox"/> 避難所	避難者名	<input type="checkbox"/> 家族全員 <input type="checkbox"/> 家族の一部()	
	<input type="checkbox"/> 自宅	避難者名		
	<input type="checkbox"/> 車中	避難者名		
		車体情報	車種:	ナンバー:
<input type="checkbox"/> 屋外テント	避難者名			

べ <input type="checkbox"/> 有 同伴 避難	種類	ゲージの 有無	名前	オス/メス		毛色/体格		特記事項(犬の場合:登録番号 等)	
						色	体格		
	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> オス	<input type="checkbox"/> メス			
	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> オス	<input type="checkbox"/> メス			
<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> オス	<input type="checkbox"/> メス				

※避難所の被災状況などにより、必ずしも、ペット同伴避難ができるとは限りません。