

# 避難者カード

- ① 平時に黒太枠内の事項を記入ください。
- ② 避難する前に、黒太枠以外の欄に、避難する方の情報を記入ください。
- ③ このカードを避難場所受付に提出ください。(災害終息後、廃棄します。)

住 所		携帯電話番号 (なければ自宅)		自治会名		
家族の状況	ふりがな 氏 名	生年 月 日	性別	配慮が必要な事項 (該当に✓をし、特記事項があれば記入ください。)		避難する方の 健康状態
	① 世帯代表者	MTSHR 年 月		<input type="checkbox"/> 災害時要援護者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 特記事項		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調不良 状態
	②	MTSHR 年 月		<input type="checkbox"/> 災害時要援護者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 特記事項		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調不良 状態
	③	MTSHR 年 月		<input type="checkbox"/> 災害時要援護者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 特記事項		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調不良 状態
	④	MTSHR 年 月		<input type="checkbox"/> 災害時要援護者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 特記事項		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調不良 状態
	⑤	MTSHR 年 月		<input type="checkbox"/> 災害時要援護者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 特記事項		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調不良 状態
	⑥	MTSHR 年 月		<input type="checkbox"/> 災害時要援護者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 特記事項		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 体調不良 状態
避難の状況		<input type="checkbox"/> 避難場所施設内 <input type="checkbox"/> 避難場所駐車場 (車内) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
避難方法		<input type="checkbox"/> 車 (車種:                      色:                      ナンバー:                      ) <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車・徒歩				
避難場所内で協力 (看護師・防災士等の資格等 あればカッコ内に記載)		① <input type="checkbox"/> 可 ( ) <input type="checkbox"/> 不可、 ② <input type="checkbox"/> 可 ( ) <input type="checkbox"/> 不可 ③ <input type="checkbox"/> 可 ( ) <input type="checkbox"/> 不可、 ④ <input type="checkbox"/> 可 ( ) <input type="checkbox"/> 不可 ⑤ <input type="checkbox"/> 可 ( ) <input type="checkbox"/> 不可、 ⑥ <input type="checkbox"/> 可 ( ) <input type="checkbox"/> 不可 丸数字は名簿の方です。				
親族、知人等からの 安否確認への回答		<input type="checkbox"/> 可          必ず家族全員の同意を得た上で <input type="checkbox"/> 不可          ✓を記入してください。		ペット の同伴	<input type="checkbox"/> 有          ※ケージ・キャリーバックが必要 種類(数):                      ( ) <input type="checkbox"/> 無	

※以下の欄は記入しないでください

避難場所					受付番号		
避難日時	入所:	年	月	日	時		
	退所:	年	月	日	時		
特記事項							