　　避難者カード（事前記入用）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面あり

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難者  カード | 避難所名 | | | 避難者カード番号 | 避難所にいる | 氏名 | | | | 性別 | | 年齢 | 続柄 | 配慮が必要な事項に☑を入れる | | | | |
| 妊産婦 | 要介護 | 障がい | アレルギー | 服薬 |
| 記入年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 避難日時 | 令和　　年　　月　　日　　時ごろ | | | □ | ① | | | |  | |  | 世帯主 | □ | □ | □ | □ | □ |
| ふりがな |  | | | 携帯電話番号（自宅） | □ | ② | | | |  | |  |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 世帯  代表者名 |  | | | □ | ③ | | | |  | |  |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 住民票  住所 | 〒－ | | | | □ | ④ | | | |  | |  |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| □ | ⑤ | | | |  | |  |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 避難状況 | □避難所□在宅□車中□屋外ﾃﾝﾄ（場所：）  □その他（） | | | | □ | ⑥ | | | |  | |  |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 自宅  種類 | □持家  □賃貸  □その他(） | 居住の  可否  □可  □不可 | □被害なし□全壊  □半壊□一部損壊  □床上浸水□床下浸水  □断水□停電□電話不通  □その他（） | | □ | ⑦ | | | |  | |  |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 世帯の中で要配慮者がいる  場合の特記事項 | | | |  | | | | | | | | | |
| 車  （台） | 車種:  色: | | | ナンバー：  駐車場所： | 避難所運営に協力できること（資格・特技） | | | |  | | | | | | | | | |
| 車種:  色: | | | ナンバー：  駐車場所： | 親族等からの  安否確認への回答 | | | □可　□不可 | | | ※必ず家族全員の同意を得たうえで☑を記入すること。  また、ＤＶの被害等により情報開示を希望しない場合は、  必ず申し出をすること。 | | | | | | | |
| 車種:  色: | | | ナンバー：  駐車場所： | ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ等での  避難者情報の公開 | | | □可　□不可 | | |
| ペットの  同伴 | □有  □無 | （種類）  ※ペット台帳へも記入 | | | 退所時  記入欄 | | 退所年月日 | | 令和　　年　　月　　日　　連絡先電話番号 | | | | | | | | | |
| （種類）  ※ペット台帳へも記入 | | | 退所後住所 | | 都道　　　　市区  府県　　　　町村 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康状態チェックカード | | | |  | 記入日：令和　　年　　月　　日 | | |
| 新型コロナウイルス感染症対策として、避難者の健康状態を確認しています。 避難当日の体調を下表に、裏面「避難者カード」にそれぞれ必要事項を記載し、避難所の受付に渡してください。 | | | | | | | |
| ◆体調について | 氏名 | | | | | | |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| ・発熱はありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ・息苦しさがありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ・味や匂いを感じられない 状態ですか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ・咳やたんがありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ・全身倦怠感がありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ・嘔吐や吐き気がありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ・下痢が続いていますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| ◆肺炎球菌ワクチンの接種について | |  |  |  |  |  |  |
| ・肺炎球菌のワクチンを接種 していますか | はい・いいえ ・不明 | はい・いいえ ・不明 | はい・いいえ ・不明 | はい・いいえ ・不明 | はい・いいえ ・不明 | はい・いいえ ・不明 | はい・いいえ ・不明 |