

空欄にあなたの情報を記入してください。

また、すでに記載されている情報に変更がある場合は、**朱色で修正**してください。

記入例(表面)

どちらかにチェックを入れてください。

「同意しません」を選択した場合は、日付及び本人の氏名を記入・押印のみで結構です。※枠内の記入は不要です。

同意します

同意しません

平成28年 〇月〇〇日

名簿登録者本人の氏名を記入し、押印してください。

本人が記入できない場合は、代筆者の氏名と連絡先の記入及び押印も必要です。

支援者本人の氏名 吉野川 太郎 ⑩

の場合には代筆者の氏名 吉野川 花子 ⑩

(連絡先: 〇〇-〇〇〇〇)

行政区 (自治会)	※※※※※	民生 委員	※※※※※	電話	※※※※※
登録要件	※※※※※※※※※※※※				
フリガナ 氏名	ヨシノガワ タロウ 吉野川 太郎		性別	男	生年月日 昭1年1月1日
住所	鴨島町鴨島115番地1				
電話番号	22-2261		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
F A X	22-2260		メール	〇〇〇〇〇	
緊急時 における 家族等 の 連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	
	<p>親戚や隣人でも結構です。 緊急時に連絡する場合がありますので、 必ずご本人に同意を得てください。</p>				
要介護度	※※※※	療育手帳	※※※※		
身体障害者 手帳	※※※※	精神障害者 保健福祉手帳	※※※※		
地域支援者	氏名	続柄	住所	電話番号	
	<p>地域支援者とは、災害時にあなたの の手助けをしてくれる方です。 必ずご本人に同意を得てください。</p>				
避難場所	<p>地域で指定されている避難場所及び避難所 を、分かる範囲で記入してください。</p>				
避難所					

記入例(裏面)

	病 院 名 等	電話番号
か かり 付 け の 医 療 機 関 及 び 関 係 施 設	かかり付けの病院や、デイサービスに通っている施設等を記入してください。(5件まで登録可)	〇〇-〇〇〇〇
持 病	持病を記入してください。	
服 薬	服薬中の薬名を記入してください。	
身 体 の 状 況 な ど	身体の状態を記入してください。 (寝たきりとなった時期と原因／認知症となった時期／血液型／人工透析の有無 ／歩行・聴力・視力の状態／会話ができるか／食事・入浴・座位・排泄時における 介助の必要の有無 など)	

個別計画

避 難 時 に 必 要 な 支 援	避難時にサポートしてほしいことを記入してください。 (例)避難場所までの移動が不安なので、誘導してほしい。 など
情 報 伝 達 で の 留 意 事 項	コミュニケーションを取るうえで注意してほしいことを記入してください。 (例)耳が不自由なため、筆記用具が必要である。 など
避 難 時 の 携 行 品 等	避難時に最低限必要なものを記入してください。 (例)服用している薬、杖、めがね など
避 難 誘 導 時 の 留 意 事 項	避難時に注意や配慮してもらいたいことを記入してください。 (例)自力での歩行は困難であり、車いすまたは介助が必要である。 など
避 難 先 で の 留 意 事 項	避難場所で注意や配慮してもらいたいことを記入してください。 (例)人工透析を受けている。 など
そ の 他 留 意 事 項	その他、伝えたいことを記入してください。 (例)昼間に自宅以外で滞在している場所がある。 下半身に麻痺があるため、正常な歩行は困難である。 など

※ 地域支援者の登録を行うに当たっては、あらかじめ地域支援者の同意を得て記入してください。

※ 本制度への登録及び個人情報提供に関する同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではありません。

また、地域支援者や避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

※ 同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。