

整理番号

個人情報記入後は、コピーを禁止します

要援護者個人情報カード

| | | | | | | |
|----------|--|--|---|--|--|--|
| 年 月 日 作成 | | | | 作成責任者 | 印 | |
| 要援護者本人 | フリガナ | | 男 | 支援が必要な理由 | <input type="checkbox"/> 一人暮らしの高齢者 (75歳以上) | |
| | 氏名 | | ・ | | <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 (65歳以上) | |
| | 生年月日 | | 女 | | <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 (75歳以上) | |
| | 電話番号 | 固定電話 | () | | | <input type="checkbox"/> 身体障がい者 (視覚 級) |
| | | 携帯電話 | | | | <input type="checkbox"/> 同上 (聴覚 級) |
| 住所 | 藤沢市 | | | <input type="checkbox"/> 同上 (上肢 下肢 体幹 級) | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 同上 (腎機能障害 級) | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 知的障がい児者 | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 介護保険要介護 | |
| 緊急時連絡先 | フリガナ | | 本人との関係 | 電話番号 | 固定電話 () | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | |
| | 住所 | | | | | |
| | フリガナ | | 本人との関係 | 電話番号 | 固定電話 () | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | |
| | 住所 | | | | | |
| 家族構成 | 同居の介助者 有無 | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 詳細事項 | 自力歩行 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 支え 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 歩行 | 目 | <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい (右 左) <input type="checkbox"/> 見えない (右 左) | |
| | | | | 耳 | <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (右 左) <input type="checkbox"/> 聞こえない (右 左) | |
| | 既往症 (持病) | | | 服用薬 等 | | |
| | 土砂災害・豪雨災害などによる避難発令の可能性 (推定) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 避難時に必要な支援人数 | | | |
| | | | 避難時に必要とする機材 | | | |
| 避難支援者 | フリガナ | | 本人との関係 | 電話番号 | 固定電話 () | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | |
| | 住所 | | | | | |
| | フリガナ | | 本人との関係 | 電話番号 | 固定電話 () | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | |
| | 住所 | | | | | |
| | フリガナ | | 本人との関係 | 電話番号 | 固定電話 () | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | |
| | 住所 | | | | | |
| | フリガナ | | 本人との関係 | 電話番号 | 固定電話 () | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | |
| | 住所 | | | | | |
| 注意事項 | <p>情報記入欄は裏面にも有ります。表面、裏面の記入欄ともに個人個人の状態で避難支援・避難生活 に最少必要と思われる事項に留めて記入してください。</p> <p>(個人情報保護に留意)</p> | | | | | |