## 各種様式

### **【様式１】　避難者名簿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 避難者→名簿班 | | | |
| 避難者名簿 | | | | | | | |  | | | |
| 避難所名 | | |  |
| 番号 | | |  |
| 居住スペース・区画番号 | | |  |
| 避難者グループ名 | | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  |
| ① | 世帯代表者氏名 | | |  | | | | 電話番号 | | |  |
| 住所 | | |  | | | | 自治会 | | |  |
|  | 入所年月日 | | | 年　月　日 | | | | 家屋の  被害状況 | | | 全壊・半壊・一部損壊・断水・停電・ガス停止・電話不通 |
| 家族 | フリガナ  氏名 | | | 年  齢 | 性  別 | 要配慮者 | 親族等  連絡先 | | |  |
|  | | |  | 男女 |  |
|  | | |  | 男女 |  |
| 支援区分 | | | □避難所への入所を希望  □在宅のまま避難所サービスの利用を希望  □知人宅へ避難  □車中泊  □その他 |
|  | | |  | 男女 |  |
|  | | |  | 男女 |  |
| ※ここに避難した人だけを記入してください。　※ご家族に入れ歯や眼鏡等の不備、病気などの特別な配慮を必要とする方がいるなど、注意点があったらお書きください。 | | | | | | | | | | |
| 特技や資格をお持ちの方がいらっしゃいましたら、氏名と特技・資格の内容をお書きください。 | | | | | | | | 氏名 |  | |
| 特技・資格 |  | |
| ③ | 外部から問い合わせがあったとき住所、氏名を  公表してよいですか？ 〔 よい ・ よくない 〕 | | | | | | | | 登録日  （入所日） | ※ | |
| ④ | 退所年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 転出先住所  　　　氏名  電話 | |  | | | | | | 登録解除日  （退所日） | ※ | |
| ・この名簿は入所時に世帯代表の方が書いて名簿班に提出してください。  ・※印の箇所は、名簿班が記入しますので避難者の方は記入しないでください。  ・入所にあたり、この名簿を記入し提出することによって避難者として登録され、避難所での生活支援が受けられるようになります。在宅避難者等、生活物資等を避難所に受け取りに来られる方も被災状況の確認や被災者台帳作成のため、ご記入ください。  ・内容に変更がある場合は、速やかに名簿班に申し出て修正してください。  ・他からの問い合わせに対し、住所と氏名を公表してもよいか、必ずご記入ください。  ・名簿内容の公表は、親族等の方々に安否を知らせる等の効果がありますが、プライバシーの問題がありますので、公表の可否はご家族で判断ください。 | | | | | | | | | | | |

現在のご自身の状況や、ご自身と一緒に避難しているご家族の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 避難所の利用をしているか | □利用している（利用している内容）  □応急給水　□食事　□トイレ　□生活物資  □行政等から提供される各種の情報　□その他（　　　）  □利用していない |
| 身体的・精神的な状況について  既往歴  現在治療中の病気  医療器材、器具（医療的サポート）  服薬中の薬、医薬品 | 対象者氏名：  □高血圧　□脳血管疾患　□高脂血症　□糖尿病　□心疾患  □肝疾患　□腎疾患　□精神疾患　□結核　□難病  □その他（　　　）  □高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□心疾患　□肝疾患  □腎疾患　□精神疾患　□結核　□難病　□その他（　　　）  □人工呼吸器　□在宅酸素　□透析　□インスリン注射  □なし　□あり（現在、中断・継続）  内服薬名（　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけの医療機関等 | 医療機関名：  主治医名： |
| 妊娠している方、産後の方、１歳未満のお子様（乳幼児）連れの方がいるか | □有　対象者氏名：  □無 |
| 食物アレルギーを有している方がいるか | □有  対象者氏名：  　原因食物：  □無 |
| 障害者手帳をお持ちか | □有　対象者氏名：  □身体障害者手帳　□精神障害者保健福祉手帳　□療育手帳  □無 |
| 障害福祉サービスを利用しているか | □有　対象者氏名：  担当の相談支援専門員名：  利用しているサービス：  □無 |
| 要介護（支援）認定を受けられているか | □有　対象者氏名：  □要支援１　□要支援２  □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５  　利用している居宅介護支援事業所名：  　担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）名：  　利用しているサービス：  □無 |
| その他 |  |