



伊勢原市避難支援登録カード

年 月 日

伊勢原市長 殿

私は、伊勢原市災害時要援護者避難支援計画に基づく災害時要援護者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届け出た次の個人情報（表面に限る。）を市が自主防災組織代表（自治会長）、民生委員、社会福祉協議会、消防署、警察署その他同計画に基づく関係機関等に提供することを承諾します。

地区名				自治会名			
災害時 要援護 者 (本人)	<input type="checkbox"/> 高齢者等（ <input type="checkbox"/> 要介護高齢者等・ <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者・ <input type="checkbox"/> 認知症高齢者・ <input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者・ <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦等世帯の高齢者）						
	<input type="checkbox"/> 障がい者（ <input type="checkbox"/> 身体：障害の内容_____） ・ <input type="checkbox"/> 知的(<input type="checkbox"/> 最重度・ <input type="checkbox"/> 重度） ・ <input type="checkbox"/> 精神：障害の内容_____）						
	<input type="checkbox"/> 難病患者（疾患の名称_____）						
	<input type="checkbox"/> その他（_____）						
フリガナ 氏名				男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
住 所				TEL	—		
				FAX	—		
緊急時 の家族 等の連 絡先	氏名				続柄		
	住所				TEL	—	
緊急時 の家族 等の連 絡先	氏名				続柄		
	住所				TEL	—	
家族構成・ 同居状況等	-----						
居住建物の構造	<input type="checkbox"/> 木造(階建て) <input type="checkbox"/> 鉄骨造(階建て) <input type="checkbox"/> 鉄筋造(階建て)						
普段いる部屋	階の		寝室の位置		階の		
日中活動の場所				緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
特 記 事 項	-----						
受付所属	福祉総務主管課		障がい福祉主管課		介護高齢主管課		
避難準備 情報等の 情報伝達 者 (兼)避難 支援者	第1順位	氏名：			TEL	—	
	自主防災組織 (自治会長)	氏名：			TEL	—	
		氏名：			TEL	—	
	第2順位	氏名：			TEL	—	
	民生委員	氏名：			TEL	—	
氏名：			TEL	—			
通信欄	-----						

(表)

1 災害時要援護者本人情報

血液型	A・B・O・AB		Rh(+・-)	
治療中の疾患・合併症	疾患名	治療内容	備考	
主治医又は病院名		TEL() -		
服用薬の種類等	薬名	量	形(色)	服薬時間
				朝・昼・夕
				朝・昼・夕
				朝・昼・夕
				朝・昼・夕
				朝・昼・夕
服薬上の注意等		-----		
薬局又は病院名		TEL() -		
補装具及び医療的ケアに必要な物品	メーカー名	商品名	サイズ等	取扱先電話番号
				TEL() -
				TEL() -
				TEL() -
福祉サービス提供者名	①			TEL() -
	②			TEL() -

2 広域避難場所及び要援護者班

広域避難場所	
広域避難場所の要援護者班	
備考	

3 その他

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....