

フリガナ氏名	にのみや たらう 二宮 太郎	性別	男	生年月日	昭和 25 年 1 月 1 日
住所	神奈川県中郡二宮町二宮 961				
現住所	同上				
電話	0463-75-9542	携帯	090-1234-5678	血液型	A 型
FAX		E-Mail		医療保険見守区分	有 ・ 無
世帯区分		地区名称		該当する事項があれば、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶしてしてください。	緊急通報
身体区分		地区名			
民生委員	(TEL)				
福祉専門員		防災組織			
対象要件	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> その他				
拡張項目	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 要介護者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 紙おむつ支給登録者 <input type="checkbox"/> 配食サービス利用者 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 緊急通報システム				
【特記事項】 次の事項等があれば記入してください。(お薬手帳の保管場所、アレルギー情報、麻痺部分。など) お薬手帳…リビングの引き出しの中にしまっています。					
身体障がい	手帳番号		等級		交付日
知的障がい	手帳番号		程度		交付日
精神障がい	手帳番号		等級		交付日
居宅介護支援事業所		電話		ケアマネ	
要介護度		認知症自立度		被保険者番号	

特記事項には、現在服用している薬の保管場所等の記載やアレルギー等のご本人に関する情報を記入してください。

世帯構成	①		続柄		性別		生年月日		携帯
	②	高齢者世帯の方や、ご家族が同居されている場合は記入してください。							携帯
	③							携帯	
	④		続柄		性別		生年月日		携帯

緊急時の連絡先	①	二宮花子	続柄	長女	性別	女	生年月日	昭和 58 年 2 月 1 日	電話	0463-71-1111	
		神奈川県平塚市浅間町 9-1						E-Mail		携帯	080-1234-5678
		二宮次郎	続柄	長男					電話		
	②	神奈川県中郡大磯町 183							携帯	070-1234-5678	
協力員	避難支援	二宮三郎	続柄	隣人	性別	男	生年月日	昭和 30 年 1 月 1 日	電話	0463-72-2222	
	避難支援	神奈川県中郡二宮町二宮 962							携帯		
			続柄					FAX			
								電話			

緊急時に連絡を必要とするご家族や、親族の方のお名前、ご住所、ご連絡先等を記入してください(メール・FAXも可)。

ご近所にお住まいの方など、身近な方に避難等のお手伝いをお願いしてください。

※見つからない場合でも登録できます。

私は、本申請書に記載する事項について、民生委員児童委員、地区長、地区長が統括する自主防災組織、二宮町社会福祉協議会、搬送先医療機関、防災安全課、消防本部その他緊急時医療情報シート(避難行動要支援者台帳)に登録された者の支援に必要な課等に提供することに同意します。

上記をご一読いただき、ご署名をお願いします(代理人の方が申請される場合は、代理人のご署名、ご本人との関係を記入してください)。

氏名 二宮 太郎

代理人

本人との関係

緊急時医療情報シート(避難行動要支援者台帳)申請書

かかりつけの医療機関	① 医療機関名	○×大学附属病院		電話	0463-71-2222	診療科	内科	担当医	二宮先生					
	治療中疾患	高血圧		使用薬、用量 服用上の注意	〇〇錠、××顆粒									
② 医療機関	治療疾患	現在通院等をしている病院名及び治療中疾患、使用薬等の情報を記入してください。 ※お薬手帳の写しを添付していただいても結構です。												
	服用上の注意													
避難時に必要とする支援の内容		避難する際は、常備薬を一緒に持って行って欲しい。					避難時に必要な支援等があれば記入してください。							
避難場所	風水害時				電話			收容人数			座標			
	震災時				不明であれば、ご記入いただかなくて結構です。				收容人数			座標		
	避難時優先度													

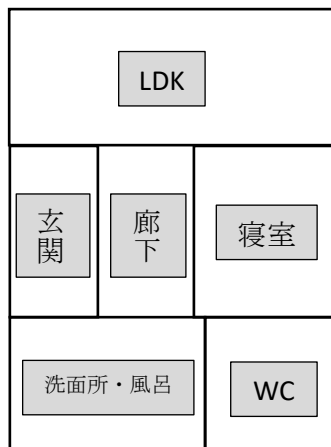
【情報伝達での留意事項】

【避難誘導時の留意事項】

その他、留意事項があれば記入してください。

【避難先での留意事項】

家屋図



現在お住まいの家屋の状況、避難経路を記入していただく場所です。記入できない場合等はそのまま提出していただいてもかいません。

