

# 緊急時医療情報シート（避難行動要支援者台帳）申請書

No. \_\_\_\_\_

フリガナ 氏名	性別	生年月日						
住所								
現住所								
電話	携帯			血液型				
FAX	E-Mail							
世帯区分	地区名称	医療保険						
身体区分	自治会	見守区分	有 ・ 無					
民生委員	(TEL)	緊急通報	有 ・ 無					
福祉専門員	防災組織							
対象要件	高齢者	障がい者	介護保険	難病患者	乳幼児	妊産婦	外国人	その他
拡張項目	車椅子使用 紙おむつ支給登録者 日中一人暮らし		杖使用 配食サービス利用者		人工透析 介護保険サービス利用		要介護者のみの世帯 障害福祉サービス利用	
【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）								

身体障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日
知的障がい	手帳番号	程度	交付日	喪失日
精神障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日

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

世帯 構成	続柄	性別	生年月日	携帯
	続柄	性別	生年月日	携帯
	続柄	性別	生年月日	携帯
	続柄	性別	生年月日	携帯

緊急時の 連絡先	続柄	性別	生年月日	電話
				携帯
				FAX
	続柄	性別	生年月日	電話
協力員	続柄	性別	生年月日	電話
				携帯
				FAX
	続柄	性別	生年月日	電話
避難支援者				携帯
				FAX
避難支援者				携帯
				FAX

私は、記載する私の情報を、二宮町（福祉部門・消防機関）、地域包括支援センター、民生委員児童委員、搬送先医療機関に提供することに同意します。また、災害時等の対応に備え、避難行動要支援者台帳に登録し、私の情報を平常時から二宮町（防災部門）や地区長及び地区長が統括する自主防災組織に提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 \_\_\_\_\_ (印) 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	医療機関名		電話		診療科		担当医	
	治療中疾患		使用薬、用量 服用上の注意					
	医療機関名		電話		診療科		担当医	
	治療中疾患		使用薬、用量 服用上の注意					

避難時に必要とする支援の内容	
----------------	--

避難場所	風水害時		電話		収容人数		座標	
	震災時		電話		収容人数		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】

【避難先での留意事項】

家屋図

避難経路図