

【避難支援者】※避難支援者了解のうえ、記入してください。

① 避難を支援 してくれる人	フリガナ		申請者との関係	連絡のとれる電話番号
	氏名			()
	住所	〒		
② 避難を支援 してくれる人	フリガナ		申請者との関係	連絡のとれる電話番号
	氏名			()
	住所	〒		
民生 担当地区 委員	氏名		電話	()
	住所	銚子市		

申 請 者 の 状 況	かかりつけ医①		電話番号	
	かかりつけ医②		電話番号	
	治療中の病気名 (例) ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧	①		
		②		
		③		
	<介護サービスの 利用状況>	介護保険サービス	1. 利用あり (利用してるサービス) 2. 利用なし	
		障害福祉サービス	1. 利用あり (利用してるサービス) 2. 利用なし	
		居宅介護支援事業所及び担当者名		
	居住の状況	1. 戸建て住宅 2. 共同住宅 / 1. 平屋 2. 2階建 3. 3階建以上		
	《身体の状況》 あてはまるもの すべてに○を付 けてください。	1. 立つことや歩行ができない。 2. 耳の聞こえが良くない。(聞き取りにくい。) 3. 物が見えない。(見えにくい。) 4. 言葉や文字の理解が難しい。 5. 危険なことを判断できない。 6. 顔を見ても知人や家族とわからない。 7. 人工透析(血液透析、腹膜透析など)を行っている。 8. 人工呼吸器、酸素ボンベや酸素濃縮器が必要。 9. 痰吸引が必要。 10. 吸入器(ネブライザー)が必要。 11. その他、支援を受ける場合に配慮してほしいこと。 ()		
日中の状況	1. 日中も家族がいる 2. 日中は家族がいない			
災害情報の収集手段	1. 防災行政無線 2. 防災ラジオ 3. 防災メール 4. テレビやラジオ 5. その他 () 6. 情報を得る手段がない			
避難場所				

※この台帳に関する情報は、要支援者の日常の見守り支援、災害時の安否確認、避難行動等の支援に役立てるものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることはいたしません。なお、名簿に登録されたことで必ずしも避難支援が受けられることを約束するものではありません。名簿登録の辞退や内容の変更がある場合は必ず、ご連絡をお願いします。(☎0479-24-8754)