

整理
番号

資料3

避難者カード(ひな形)

登録処理	確認
入所	
退所	

※太枠の中を記入してください。変更が生じた場合は申し出てください。

避難所名		入所年月日 時 間		平成	年	月	日	時	分
住所	<input type="checkbox"/> 市(町・村)内在住 <input type="checkbox"/> 市(町・村)外在住								
電話	自宅： ()		携帯： ()						
この避難所にいる家族	連絡代表者	ふりがな 氏名	続柄	年齢	性別	健康状態等			
			—		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護(支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など)			
	2				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護(支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など)			
	3				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護(支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など)			
	4				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護(支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など)			
	5				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護(支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など)			
	6				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護(支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など)			
この避難所にいない家族	7				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
	8				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
	9				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
	10				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
避難手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車・オートバイ <input type="checkbox"/> 自動車(車種： No. :)								
家屋被害	<input type="checkbox"/> 被害あり <input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 不明			ペット 同行避難	<input type="checkbox"/> 有(種類：) <input type="checkbox"/> 無				
緊急連絡先 (親族など)	住所： 氏名： (続柄：) 電話： ()								
特記事項 (病気等の留意点など)									
安否の問合せがあった場合、住所・氏名を公表してもよいですか？								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

(避難所記入欄)

退所年月日 時 間	平成	年	月	日	時	分
転出先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族・友人宅 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> その他		住所： 氏名： 電話： ()			