**福祉避難所利用希望者に対するチェックシート**

資料16

様式第３号

※表面について、記入をし、現地避難地班に渡してください。

（本人の記入が難しい場合は、家族、民生委員及び自主防災会等の方で代筆をお願いします。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 性別 | □男　□女 |
| 住所 |  | | 生年月日  （年齢） |  |
| 連絡先 |  | | 代筆者 | （続柄：　　） |
| 福祉避難所への  入所希望 | □福祉避難所入所希望　□希望しない　□わからない  ※わからないと回答された方については、  現地避難地班の指示に従ってください。 | | | |
| 障害又は  介護等の状況 | □介護認定  □要支援１・□要支援２  □要介護１・□要介護２・□要介護３・□要介護４・□要介護５  □障害者  　□身体障害者（障害名：　　　　　　　　　等級：　　　　　　）  　□知的障害者（□A・□B）  　□精神障害者（□１級・□２級・□３級）  □自立支援医療の受給者  □難病（指定難病・特定疾患・小児慢性特定疾病）  □妊産婦  □乳幼児  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 現在の状況 | □健康には問題ない  □健康に問題あり  【何に困っていますか？】 | | | |
| 常備薬の携帯 | □常備薬あり　□常備薬なし | | | |
| かかりつけ医 |  | | | |
| 住居の被害状況 | □一部損壊以上　□被害なし  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 家族等の支援者 | □いる　□いない | | | |
| ① | 氏名 | 続柄 | 連絡先 |
| ② | 氏名 | 続柄 | 連絡先 |
| その他  伝えたいこと | アレルギー　有・無　（有の場合アレルギーのもの：　　　　　　　　　　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 避難場所 |  |
| 記入者 |  |
| 避難所の福祉スペースは確保されていますか | □確保できているが対応できない  その理由  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □確保できていない |
| 福祉避難所への避難が  必要な理由 | □大声を出す　　　　　　□パニックになる  □走り回る（行動障害）　□ほとんど寝たきり  □認知症状　　　　　　　□自傷がある  □他害がある  □専門的な支援や医療的なケアが必要  □室温等の環境の管理が必要  □バリアフリー対応が必要  □コミュニケーションを取るのが困難  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他の避難者の反応 |  |
| その他特記事項 |  |

※ここからは現地避難地班が記入してください。

※ここからは救助班から指示を受けた後、現地避難地班が記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所の決定 | □福祉避難所入所  □保留  保留の理由 | | |
| 移送先  福祉避難所 |  | | |
| 移送日時 | 年　　月　　日  　　　　　　　　　時頃 | 移送  方法 | （移 送 者）  （移送方法） |