**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） |