

受付番号：

受付日： 年 月 日

## 福祉避難所利用希望者に対するチェックシート

※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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 福祉避難所入所希望 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者(障害名： ) 等級： ) <input type="checkbox"/> 知的障害者(□A・□B) <input type="checkbox"/> 精神障害者(□1級・□2級・□3級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療の受給者 <input type="checkbox"/> 難病(指定難病・特定疾患・小児慢性特定疾病) <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> その他( )			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 健康には問題ない <input type="checkbox"/> 健康に問題あり 【何に困っていますか？】			
常備薬の携帯	<input type="checkbox"/> 常備薬あり <input type="checkbox"/> 常備薬なし			
かかりつけ医				
住居の被害状況	<input type="checkbox"/> 一部損壊以上 <input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> その他( )			
家族等の支援者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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： )			

受付番号：

受付日：

年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 確保できているが対応できない その理由 ( ) <input type="checkbox"/> 確保できていない
福祉避難所への避難が必要な理由	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> パニックになる <input type="checkbox"/> 走り回る（行動障害） <input type="checkbox"/> ほとんど寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症状 <input type="checkbox"/> 自傷がある <input type="checkbox"/> 他害がある <input type="checkbox"/> 専門的な支援や医療的なケアが必要

受付番号：

受付日： 年 月 日

	<input type="checkbox"/> 室温等の環境の管理が必要 <input type="checkbox"/> バリアフリー対応が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションを取るのが困難 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 福祉避難所入所 <input type="checkbox"/> 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)