

加東市避難行動要支援者情報提供に関する調査票

災害時の円滑な支援に役立てるために、以下の調査にご協力いただきますようお願いいたします。

加東市長 様

記入年月日

年

月

日

ふりがな		性別		生年月日	年	月	日生
氏名 (署名)							
住所	加東市				地区・自治会名		
連絡先	携帯	家族構成	☐ ひとり暮らし				
	自宅		☐ 同居家族の人数(本人含む) _____人				
代理者氏名	続柄 () ※対象者が自筆できない場合、又は未成年者の場合は、この欄をご記入ください。						

1 あなたの個人情報（上記太枠内）と、2・3の情報を「加東市避難行動要支援者名簿」に掲載し、避難支援等関係者に提供することに同意しますか。※該当する□に「✓」を入れてください。

☐ 同意します。➡ 2・3・4の項目をご記入ください。

※「同意します。」を選択した場合は、加東市避難行動要支援者名簿に情報を掲載し、避難支援等関係者（加東市、該当の区長・自治会長、自主防災組織、民生委員・児童委員、加東市社会福祉協議会、北はりま消防組合、加東警察署）に情報を提供します。

※変更の申出がない限り、次回の一斉調査による更新まで、毎年、名簿に情報を掲載します。

☐ 同意しません。※不同意の理由を選択してください。（該当する番号に「○」を入れてください。）

- 1 自力で避難できる。
- 2 同居の人・近所の人支援してくれる。
- 3 近所や避難支援等関係者に情報を知られたくない。
- 4 その他 ()

➡ 調査は以上です。

☐ 病院や施設に長期間入院・入所しているため、名簿対象者となりません。

➡ 調査は以上です。

2 支援が必要な理由を選択してください。※該当する番号に「○」を入れてください。（複数回答可）

- 1 歩くのが困難
- 2 寝た状態が多い
- 3 コミュニケーションが取れない
(意思疎通が困難)
- 4 目が見えにくい
- 5 音（耳）が聞こえにくい
- 6 自分で危険かどうか判断しづらい

7 医療的ケアが必要

※該当する□に「✓」を入れてください。

- ☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 透析 ☐ ストマ
☐ 経管栄養 ☐ インスリン注射
☐ その他 ()

8 その他

※支援を必要とする理由を記入してください。

3 希望する支援方法を選択してください。※該当する番号に「○」を入れてください。（複数回答可）

- 1 声かけ（大きな声）
- 2 手をつないでの誘導
- 3 筆談
- 4 車いす
- 5 担架（ストレッチャー）

6 その他

※ 左記のほか、避難誘導時に気を付けてほしいことがあれば記入してください。

--

4 救急時に迅速な救命活動を行うため、必要に応じてご記入ください。

※この項目は、任意項目です。（名簿には掲載しません。）

< 緊急連絡先 >

氏名	続柄	住所	電話番号 (救急時に連絡のつきやすい 番号をご記入ください。)

< かかりつけ医 >

病院名	電話番号

< その他 >

--

調査項目は以上です。この調査票は加東市福祉総務課（庁舎1階）へご提出ください。

※後日、この調査票のコピーをお返しし、安心救急情報キットと一緒にご自宅で保管していただきます。