

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		□同居家族等有(計人)				
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災害発生時の救援活動、平常時からの見守り活動、防災訓練等に役立てるため、あなたの個人情報(上記太枠内)と以下の②の情報を「加東市避難行動要支援者名簿」に掲載し、加東市、該当の地区・自治会、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(以下「避難支援等関係者」といいます。)に提供することに同意しますか。(該当する□に「レ」を入れてください。)

☐ 同意します。 ②③へお進みください。
(同意の意思について、変更の申出がない限り一斉調査までの間は自動継続とします。)

- ☐ 同意しません。 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()

☐ 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、及び希望する受援方法を選択してください。

※該当する番号に「○」を、該当する□に「レ」を入れてください。(複数回答可)

＜支援が必要な理由＞

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

☐ 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

＜希望する受援方法＞

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

③ここから先は任意項目です。
救急時により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。

＜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

＜その他気になること＞

調査項目は以上です。
この調査票は加東市福祉総務課へご提出ください。