

記入例

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

令和6年9月13日

ふりがな	かとう たろう	性別		生年月日		昭和 ×年 ×月 ×日生
氏名 (署名)	加東 太郎	男				
住所	加東市社〇〇番地				地区・ 自治会名	社Ⅰ区
連絡先	携帯	090-XXXX-XXXX	家族構成	☒ ひとり暮らし ☐ 同居家族等有 (計 人)		
	自宅	0795-42-XXXX				
代理者氏名	加東 春雄		続柄 (長男) ※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。）

- 自力で避難できる。
- 同居の人・近所の人支援してくれる。
- 近所や避難支援等関係者に情報を知られたくない。 ➡ 調査は以上です。
- 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＞ ○ 歩くのが困難 - 寝た状態が多い - コミュニケーションが取れない（意思疎通が困難） - 目が見えにくい - 音（耳）が聞こえにくい - 自分で危険かどうか判断しづらい - 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 () - その他 ()	＜希望する受援方法＞ - 声かけ（大きな声） ○ 手をつないでの誘導 - 筆談 - 車いす - 担架（ストレッチャー） - その他
--	--

該当する項目に○や✓を付けてください。

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。)
加東 花子	妻	加東市社〇〇番地	0795-42-XXXX
加東 夏雄	二男	加東市上滝野△△番地	080-XXXX-XXXX
加東 次郎	弟	加東市天神××番地	0795-47-XXXX 090-XXXX-XXXX

＜かかりつけ医＞

病院名	電話番号
加東市民病院	0795-43-〇〇〇〇

＜その他気になること＞

例) 足腰が弱く、洋式トイレしか使えない。

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。