

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	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族等有 (計 人)		
	自宅				
代理人氏名	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。 ➡ 調査は以上です。
 - 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	
<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 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。