



※ ここから先は書ける範囲でお書きください

【 3 】 避難の時に必要な配慮など あてはまるすべての数字に○を付けてください。

避難支援が 必要な理由	① 立つことや歩行ができない 3 物が見えない（見えにくい） 5 危険なことを判断できない 7 夜間は家族の支援を受けられるが 日中は支援を受けられない	② 音が聞こえない（聞き取りにくい） 4 言葉や文字の理解が難しい 6 顔を見ても知人や家族と分からない 8 日中は家族の支援を受けられるが 夜間は支援を受けられない
避難の時に 必要なもの 又は 気にかけて ほしいこと	1 つえ、手押し車                      ② 車いす                      3 携帯酸素ボンベ ④ その他（例）毎日インシュリン注射が必要、携行薬の○○が必要 など ・ <b>耳がほとんど聞こえないため、大声で話しかけ意思伝達をはかっている。</b> ・ <b>補聴器を付けている。</b> ・携行薬のセン/シドが必要。 ・ <b>着替え、食事等に介助が必要。</b> ・飲み物はストローを使っている。                      など	

【 4 】 住まいや同居の状況等 あてはまる数字に○を付けてください。

普段いる部屋	階の                      ① 居間                      2 寝室                      3 その他（                      ）		
家族構成	家族全員で                      3 人                      （うち自力避難が困難な方                      1 人                      ）		
かかりつけ 医療機関	○○病院	電 話	( 0187 ) ○○ - ○○○○
福祉サービスの 利用状況	居宅支援事業所・ 相談支援事業所	○○○○	電 話                      ( 0187 ) ○○ - ○○○○
	利用している サービス	1 ホームヘルパー                      ② デイサービス                      3 訪問看護 4 ショートステイ                      5 その他（                      ）	

【 5 】 緊急時の家族等の連絡先 ※ 登録や情報提供について、承諾を得たうえでお書きください。

氏 名	続 柄	同 居	住 所 ※ 同居の場合は不要	電話番号
仙北 桜子	長女	有・無		(090) 1234 - 5678
仙北 次郎	二男	有・無	仙北市角館町上野18番地	(090) ○○○○ - ○○○○

【 6 】 災害時の避難支援者（見つからない場合は空欄としてください）

氏 名	あなたとの関係	住 所 ※ 同居の場合は不要	電話番号
仙北 花子	① 同居家族 2 近所の親族や知人 3 その他		(090) ○○○○ - ○○○○
仙北 三郎	1 同居家族 ② 近所の親族や知人 3 その他	仙北市角館町中菅沢77番地30	(090) ○○○○ - ○○○○

※ 登録や情報提供について、承諾を得たうえでお書きください。

※ 両面の記入内容を確認して同封の封筒で返送してください