

整理  
番号

# 避難者カード

登録処理	確認
入所	
退所	

※太枠の中を記入してください。変更が生じた場合は申し出てください。

避難所名					入所年月日 時間	令和	年	月	日	時	分	
住所											<input type="checkbox"/> 町内在住 <input type="checkbox"/> 町外在住	
電話	自宅： ( )				携帯： ( )							
この避難所にいる家族	連絡代表者	ふりがな 氏名	続柄	年齢	性別	健康状態等						
			—		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護（支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など）						
	2				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護（支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など）						
	3				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護（支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など）						
	4				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護（支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など）						
	5				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護（支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など）						
	6				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 要援護（支援を要する高齢者、障害者、妊産婦など）						
この避難所にいない家族	7				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明							
	8				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明							
	9				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明							
	10				所在 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明							
避難手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車・オートバイ <input type="checkbox"/> 自動車（車種： No. : )											
家屋被害	<input type="checkbox"/> 被害あり <input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 不明				ペット 同行避難	<input type="checkbox"/> 有（種類： ) <input type="checkbox"/> 無						
緊急連絡先 (親族など)	住所： 氏名： (続柄： ) 電話： ( )											
特記事項 (病気等の留意点など)												
安否の問合せがあった場合、住所・氏名を公表してもよいですか？										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

(避難所記入欄)

退所年月日 時間	令和	年	月	日	時	分					
転出先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族・友人宅 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> その他				住所： 氏名： 電話： ( )						