

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	千葉県横芝光町〇〇〇—〇〇							<input type="checkbox"/> 町内在住 <input type="checkbox"/> 町外在住		
電話	自宅： 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇			携帯： 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇						
この避難所にいる家族	連絡代表者	フリガナ 氏名	続柄	年齢	性別	健康状態等				
		ちば たろう 千葉 太郎	本人	66	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input checked="" 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	ちば はなこ 千葉 花子	妻	66	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" 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）				
		ちば けんたろう 千葉 県太郎	父	90	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有（種類：〇〇〇） <input type="checkbox"/> 無					
緊急連絡先 （親族など）	住所：千葉県横芝光町〇〇〇—〇〇 氏名：千葉 県一郎 （続柄：〇） 電話：〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									
特記事項 （病気等の留意点など）	千葉 太郎（高血圧であり、薬が3日分しかない）									
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： ()