

避難者カード

避難所名： _____

No. _____

※このカードは避難所受付時に、担当者へお渡し下さい。

①	世帯代表者名		入所年月日				
②	避難の状況	避難所・屋外テント・車中・在宅・帰宅困難者・その他					
③	住 所						
④	電話番号						
⑤	家 族	氏 名	性別	年齢	安否 確認	自宅の種類	持家・集合住宅
		世帯代表者	男 女				施設入所 ()
			男 女				その他 ()
			男 女			家屋の状況	居住の可否 (可・不可)
			男 女				全壊・半壊・一部損壊 床上浸水・床下浸水 断水・停電・ガス停止
			男 女				車種： ナンバー：
			男 女			車	有(種類：) 無
			男 女			ペット	
特記事項(健康状況、アレルギー、持病、通院、悩みなど)							
⑥	他機関からの問合せに 対する公表の可否	可 ・ 不可					
⑦	退去年月日						
	転出先	住所 〒 電話番号					

◆体調のすぐれない方は、ご記入ください。

氏名 _____

体温	℃		月	日 ()		朝・昼・夜
息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息が荒くなった <input type="checkbox"/> 急に息苦しくなった <input type="checkbox"/> 少し動くと息があがる <input type="checkbox"/> 胸の痛みがある <input type="checkbox"/> 横になれない・座らないと息ができない <input type="checkbox"/> 肩で息をしている・ゼーゼーしている					
味覚・嗅覚	<input type="checkbox"/> 味や匂いを感じられない					
喀痰・咳嗽	<input type="checkbox"/> 咳やたんが、ひどくなった					
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 起きているのがつらい					
嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 嘔吐や吐き気が続いている					
下痢	<input type="checkbox"/> 下痢が続いている					
その他の症状	<input type="checkbox"/> 食事が食べられない <input type="checkbox"/> 半日以上尿が出ていない <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節筋肉痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他の気になる症状					