

同意書

小竹町長 殿

私は、避難行動要支援者登録制度の利用について、台帳への登録を希望します。

また、登録申請書兼登録台帳に記載した内容を避難支援等関係者（消防本部・警察署・自治会・消防団自主防災組織・民生委員児童委員・福祉避難所事業所・介護、障がいサービス事業所など）に提供することに同意します。

令和 年 月 日

同意者氏名

避難行動要支援者 登録申請書兼登録台帳 (平常時見守り)										
1	氏名									
	住所	( 区 組 )								
	生年月日				年齢	歳	性別			
	連絡先	自宅電話				FAX				
		携帯電話				メール				
世帯状況	同居家族の有無 あり・なし				人世帯					
	氏名1		続柄		氏名3		続柄			
	氏名2		続柄		氏名4		続柄			
●あなたの身体や医療等の状況について、記入してください。										
2	身体状況	ひとりで歩行・ベッドからの起き上がりができるか。(可・不可)								
		歩行や移動で福祉用具を使用しているか。 【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他( )】								
		その他の身体状況 ( )								
3	医療状況等	かかりつけ医1		住所		TEL				
		かかりつけ医2		住所		TEL				
		<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> その他服薬 ( )								
		<input type="checkbox"/> 日常必要な医療(器具)がある <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他必要な医療器具 ( )								
		<input type="checkbox"/> 介護認定の有無 ( ) <input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無 ( . 級 )								
		<input type="checkbox"/> 日常的に通所している事業所の有無 【事業所名: 】								
●緊急時の連絡先を記入してください。										
4	氏名			続柄	住所					
					TEL					
	氏名			続柄	住所					
					TEL					
				携帯						
				携帯						

●災害時の支援等について記入してください。

災害時の支援者は、地域の自主防災組織や近隣の方等できるだけ記入してください。

5	避難	災害時 <input type="checkbox"/> 自分で避難できる <input type="checkbox"/> 自分で避難することが困難であり援助が必要			
	災害時支援者	氏名		関係	住所
					TEL
					携帯
	氏名		関係	住所	
				TEL	
				携帯	
留意事項	<p>*避難の際や避難所で不安なことや、普段いる部屋、寝室の位置などを記入してください。</p> <p>普段いる部屋： _____ 寝室： _____</p> <p>ペットの有無： _____</p> <p>その他： _____</p>				

6	避難経路等				
		<p>●災害時の具体的支援及び避難手順等について (地域の自主防災組織や近隣の方等の支援や役割等についてもできるだけ詳細に記入)</p>			

7	●利用している介護サービス・障がいサービス担当者連絡先			
	事業所名	担当	住所	
			TEL	
			携帯	
	事業所名	担当	住所	
			TEL	
		携帯		