

本人の情報				
住所	〒 鶴ヶ島市		TEL FAX	自宅
				FAX
				携帯
フリガナ			性別	明治・大正・昭和・平成
氏名			男・女	生年月日 年 月 日
家族（介助者）の情報				
フリガナ		続柄	フリガナ	続柄
氏名			氏名	
フリガナ		続柄	フリガナ	続柄
氏名			氏名	
（※介助者の場合は、続柄に（介）と記入して下さい）				
福祉避難所への避難を必要とする理由				
避難生活をするにあたって注意すること				
食事	自立・一部介助・介助・その他（ ） アレルギーの有（ ）・無		医療処置	
移動	自立・一部介助・介助・その他（ ） 杖・車いす			
排便	自立・見守り・介助・その他（ ） トイレ（常時・夜間） おむつ（常時・夜間）			
更衣	自立・一部介助・介助・その他（ ）		特記事項 <input type="checkbox"/> 音が聞き取りにくい(聞こえない) <input type="checkbox"/> 物が見えにくい(見えない) <input type="checkbox"/> 文字や言葉の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	
服薬	有・無			
意思の伝達	できる・時々できる・ ほとんどできない・できない		その他	
かかりつけ医				
医療機関名： 住所： 電話番号：		医療機関名： 住所： 電話番号：		

記入者