様式１０

引　継　書

指定避難所→福祉避難所　秘

本　人　の　情　報					
住　所	〒 鶴ヶ島市	TEL FAX	自宅		
			FAX		
			携帯		
フリガナ		性別	生年 月日	大正・昭和・平成・令和	
氏　　名				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 □音が聞き取りにくい（聞こえない） □物が見えにくい（見えない） □文字や言葉の理解が難しい □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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿