

避難者カード

避難所名 _____

※居住エリア凡例 A:健康 B:症状あり C:接触者

入所日	年 月 日 時頃						
住 所							
電 話 番 号							
自 治 会 名 ※加入している場合は記入してください。							
氏 名		続柄	性 別	年 齢	体温・健康状態 (該当の症状に <input type="checkbox"/>)	居住 エリア	アレルギー
ご家族		世帯主			体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	
					体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	
					体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	
					体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	
					体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	
					体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	
					体温 _____℃ <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい	A B C	

裏面に続きます。

