

当てはまるものに☑をつけてください。

身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり(歩行できない) <input type="checkbox"/> 車いす(歩行できない) <input type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 避難の判断が困難 <input type="checkbox"/> その他()		
避難時に必要な支援	<input type="checkbox"/> 避難所までの搬送 <input type="checkbox"/> 避難所までの付添い <input type="checkbox"/> 避難時の声かけ <input type="checkbox"/> 避難所への避難困難(人工呼吸器や人工透析が必要など)		
持っている器具	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他()		
かかりつけ医院			
お薬情報	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	特記事項 (特別な事情等があれば記入)	

担当福祉事業所 (担当ケアマネ等)		電話	
----------------------	--	----	--

緊急連絡先(親族など緊急時に安否を把握している人)をお書きください。

緊急連絡先			
氏名	住所	電話	続柄
		自宅	
		携帯	
		自宅	
		携帯	

地域支援者をお書きください。

地域支援者 (災害時にあなたが避難する際の協力者となる方です。できる範囲での支援であり、責任や義務が伴うものではありません。相手の了承を得て記入してください。)			
氏名	住所	電話	
		自宅	
		携帯	
		自宅	
		携帯	