

区記入欄

( ) 救援センター

*50 音順 分類欄	*避難者 種別	*受付 番号

# 避難者カード

在宅避難者分類欄	
在	給食 要・不

※避難者カードは、世帯代表の方が書いて、運営スタッフにお渡しください。

所属町会名	入所年月日	年 月 日
ふりがな 世帯代表者氏名	電 話	
住 所	区	丁目 番 号

※ここに避難した人を下の欄に書いてください。

ふりがな 氏 名	続柄	性別	年齢	生年月日	介護	医療	備考
1		男・女		T・S・H・R ・	要・不	要・不	
2		男・女			要・不	要・不	
3		男・女			要・不	要・不	
4		男・女			要・不	要・不	
5		男・女			要・不	要・不	

親族などの連絡先

\*特別な配慮（アレルギー・持病等）が必要な方がいる場合、注意点等をお書きください。

(他からの問い合わせに、住所・氏名を公表してもよいですか?)  
よい・よくない

退所年月日

年 月 日

退所後の連絡先 住所 氏名 電話	*登録日 (入所日)	年 月 日
	*登録解除日 (退所日)	年 月 日

## 【避難者の方へ】

- ・要援護者は、介護欄の「要」に○をつけてください。
- ・傷病者は、医療欄の「要」に○をつけてください。
- ・外国籍の方は、自国の大使館・領事館の問い合わせに対応するため、備考欄に国籍をお書きください。
- ・避難者カードに変更がある場合は、すみやかに運営スタッフに問い合わせ、修正してください。
- ・他からの問い合わせに対して、住所・氏名を公表してよいかお書きください。  
名簿を公表することで、ご親族の方々に安否を知らせるなどの効果があります。  
しかし、プライバシーの問題もありますので、公表の可否についてはご家族で判断してください。
- ・自宅で生活できる方は、在宅避難者分類欄の「在」に○をつけてください。  
食料の配給が必要な場合は、給食の「要」に○をつけてください。

※居住スペース付近にて裏面の健康確認カードも記載後、運営スタッフにお渡しください

# 健康確認カード

区記入欄

--

## 入居時のゾーニングに関するチェック項目

受付時、1～7の項目に  
該当がない場合にレ点を記入

### 感染確認・健康観察中の人

避難者 項目	1	2	3	4	5	←表面の避難者カードに記載した避難者氏名と対応しています
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルスの感染が確認されていて自宅隔離中でしたか？
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルスの感染が確認されている人の濃厚接触者で、 現在、健康観察中でしたか？

### 重要な感染症状(この1～2週間以内に始まった症状についてお答えください)

3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発熱はありますか。または数日以内にありましたか？
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ひどい咳はありますか？
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下痢をしていますか？(1日複数回)
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	においや味を感じにくいですか？

### その他の症状(この1～2週間以内に始まった症状についてお答えください。)

※感染症以外でも現れやすい症状

7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以下の症状で当てはまるものはありますか？ ・呼吸の息苦しさ、胸の痛み ・全身がだるいなどの症状 ・吐き気 ・たん、のどの痛み ・からだにぶつぶつ(発疹)が出ている ・目が赤く、目やにが多い
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

### 福祉避難スペースの対応を検討する要配慮者

8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避難所での行動に際し、介護や介助が必要ですか？
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳幼児と一緒にですか？妊娠中ですか？

### 感染した時に重症化しやすい基礎疾患のある人、保健医療の支援が必要な人

10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、がんなどの持病はありますか？
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在、医療機関に通院して薬をもらっていますか？ (10の人も再度記入下さい) (病名または症状: _____、薬は何日分はありますか: _____ 日)
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気になる体調や心の変化、感染したかもしれないと心配な症状、 避難所で配慮が必要なことはありますか？ 内容: _____

※居住スペース付近にて表面の避難者カードも記載後、運営スタッフにお渡しください。