

緑園 6丁目 災害時 地域支え合い【要援護者登録カード】

緑園 6丁目自治会長 様

私は、緑園6丁目災害時地域支え合いの取組みに賛同し、下記の個人情報等について、自治会長地域支え合い活動委員等支援にかかわる者が必要に応じて活用することを承諾します。

令和 年 月 日

(同意者署名欄)
世帯代表者氏名

印

世帯代表者氏名:	住所: 泉区緑園 6丁目 番 号 班
自宅電話番号: 045-	緊急連絡先(携帯等):

◎災害時に援護が必要なご家族 (世帯代表者が援護が必要な場合も記入ください。)

氏名・生年月日、性別	避難時等における配慮事項
氏名 :	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が出来ない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない
生年月日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 物が見えない/見えにくい <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい
性別: 男性 女性	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない
	<input type="checkbox"/> 顔を見ても家族や知人と分からない

◎家族構成・同居情報等

同居の家族	有・無	人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子	人	<input type="checkbox"/> その他()
特記事項(昼間の状況など):								

◎緊急時連絡先(安否確認時の不在・負傷等)

親族・親戚 等	氏名	性別	住所
	続柄	男・女	Mail:
	電話番号:		携帯番号
関係先	氏名	性別	住所
	続柄	男・女	Mail:
	電話番号:		携帯番号
日頃、支援を お願いして いる方	氏名	性別	住所
		男・女	
	電話番号:		携帯番号

《 災害時 地域支え合い【要援護者登録カード】 》の趣旨

災害発生時に、要援護者の安否確認、情報伝達、救出救護、避難誘導などが近隣の助け合いの基に円滑に進むように、緑園6丁目地域支え合い活動委員会が、あらかじめ当該世帯の状況を把握するものです。

ご提供いただいた個人情報は、自治会長および地域支え合い活動委員会が厳重に管理するとともに、上記目的以外には使用いたしません。

裏面に続きます ⇒

◎ご利用中の福祉医療サービス

介護保険事業	サービス	住所
	事業所名	電話
	<input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 短期入所サービス	
	担当ケアマネージャーの名前	連絡先
障害福祉	サービス	住所
	事業所名	電話
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> その他	
	ホームヘルパーなどの連絡先	

名 称 電 話

掛り付け 医療機関	住 所	_____	_____
	薬手帳の有無	あり	なし
	必要な医療機器類	_____	

◎自宅以外への避難が必要となった時の留意事項

歩行	可 否	<input type="checkbox"/> 自力で歩行可 <input type="checkbox"/> 介助者が居れば歩行可能 <input type="checkbox"/> 車いすが必要 <input type="checkbox"/> ストレッチャーが必要 <input type="checkbox"/> その他
車イス	自己保有	<input type="checkbox"/> 電動車イス <input type="checkbox"/> 折りたたみ車イス
	支援必要	<input type="checkbox"/> 自走不可
車	要 不要	<input type="checkbox"/> 普通乗用車 <input type="checkbox"/> リフトなし福祉車両 <input type="checkbox"/> リフト付き福祉車両
その他	_____	

◎避難支援について

避難誘導	<input type="checkbox"/> 自力での移動が困難 <input type="checkbox"/> 自分で出来るが、付き添いが欲しい <input type="checkbox"/> 杖・歩行器保持
	◎特記事項
常時必要な特殊な機械・器具・物品・医薬品・アレルギーの有無	