

安城市避難行動要支援者名簿情報

該当するものに○を付けてください。

どちらかに☑を付けてください。

私は、下記の内容(裏面を除く。)を平常時から避難支援等関係者(自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者及び警察)に提供すること及び内容に変更が生じた場合は、随時提供し直すことに

同意します。  同意しません。(入所・入院・その他)

令和 年 月 日

署名してください。

代理人住所

本人氏名 安城太郎 (※1)

代理人氏名 (※2) (続柄 )

※1 本人(代理人)が手書きしない場合は、記名押印してください。

※2 代理人本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

自主防災組織 **〇〇町内会**

民生委員氏名

記入しないでください。

要支援者 ①高齢者(ひとり暮らし・要介護・寝たきり・認知症) ②日中独居高齢者 ③高齢者のみ世帯 ④障害者(身体障害・知的障害・発達障害・精神障害・難病) ⑤その他( )

住所 **安城市桜町18番23号**

電話

**0566-76-1111**

その他連絡先 (FAX、メールアドレス等)

フリガナ **アンジョウ タロウ**

性別 生年月日

家族構成 (本人含む。)

氏名 **安城 太郎**

男

大正 昭和 平成 令和

**10年 10月 10日**

**2人**

緊急時連絡先

フリガナ氏名

続柄

電話番号

自宅

携帯

勤務先

①

アンジョウ イチロウ

子

**0566-12-3456**

**090-〇〇〇-〇〇〇**

**052-〇〇〇-〇〇〇**

②

アンジョウ ジロウ

甥

**080-〇〇〇-〇〇〇**

**03-〇〇〇-〇〇〇**

災害時の避難予定場所(避難所)

①(第1候補) **桜町小学校**

②(第2候補) **文化センター**

特記事項

車いすを利用している。  
耳が遠いため、大きな声で話してほしい。  
(必要な保健・医療・福祉サービス)  
人工透析を受けている

避難所一覧から選んで記入してください。  
第2候補は必要に応じて記入してください。

地域での集合場所(公園、広場、町内公民館等)は特記事項欄に記入してください。

地域支援者(隣近所・福祉委員等) ※地域支援者了解の上できるだけ記入してください。

住所 **安城市桜町3-〇〇**

住所

フリガナ氏名 **ニシオ タロウ** 世帯主 **ニシオ 一郎**

フリガナ氏名 世帯主

電話 **0566-〇〇-〇〇〇〇**

ご近所の方などにお声がけいただき、できるだけ記入してください。

住所

地域支援者の役割については、別紙チラシを参考に、ご説明いただくようお願いします。

フリガナ氏名 世帯主

電話

この台帳に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るもののほか、日頃の支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用することや情報を漏らすことを禁止します。

作成	年 月 日		
変更	年 月 日	理由	
廃止	年 月 日	理由	
整理番号		個人CD	

安城市長

福祉部長

裏面あり

問合せ先 安城市役所 福祉部 社会福祉課 電話76-1111

必ず記入ください。

**「緊急時連絡票」についても下記の関係者に提供してもよろしければ署名をお願いします。**

私は、下記の内容(裏面を除く。)を平常時から避難支援等関係者(自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者及び警察)に提供すること及び内容に変更が生じた場合は、随時提供し直すことに同意します。	本人又は代理人の署名 <b>安城 太郎</b>
--	----------------------------

※本人又は代理人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※太枠内に記入又は□にレ点をお願いします。

裏面と同じ。

本人	フリガナ	性別	血液型	生年月日
	氏名	男・女	A・B O・AB	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	血液型を選んでください。		
	電話	携帯 090-0000-0000		
緊急時連絡先	①		携帯	勤務先
	②		☎	☎
			☎	☎

表面の「同意書兼個人台帳」と違う連絡先の場合は、ご記入ください。

※必要に応じて記入してください。

普段の状態	<input type="checkbox"/> 自立(良好)	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> マヒ(右半身)	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析
現病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
過去に大きな病気・手術歴	病名( ) 時期( )				
かかりつけ医	〇〇クリニック (安城市 大東町)		〇〇内科 (安城市 池浦町)		
かかりつけ病院	<input checked="" type="checkbox"/> 安城更生病院	<input type="checkbox"/> 八千代病院	<input type="checkbox"/> 刈谷豊田総合病院		
	<input type="checkbox"/> 碧南市民病院	<input type="checkbox"/> その他( )			
利用する介護事業所	〇〇〇〇サービス		電話 0566-00-0000		
担当のケアマネージャー又は相談支援員	事業所名 〇〇〇〇	担当者名 岡崎 花子	介護認定 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(4)	
	電話 0566-76-1111			<input type="checkbox"/> 要支援( )	

(備考欄)

上記以外で必要事項があれば、記入してください。

※定期的に更新してください。

※薬剤情報提供書の写しなども併せて「安心キット」に入れてください。