

利根町避難行動要支援者登録名簿申請書

利根町長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

私（登録者）は、利根町避難行動要支援者登録名簿制度に同意し、名簿に登録することを希望します。なお、私が申請により届け出た個人情報

民生委員、警察署、消防署、自治会、社会福祉協議会
自治会名 ()

本人属性

Table with columns: フリガナ, 性別, 生年月日, 血液型, 登録者氏名, 電話番号, F A X, 携帯電話番号, 住所

家族の状況（緊急連絡先）

Table with columns: フリガナ, 続柄, 電話番号, F A X, 携帯電話番号, 住所

担当民生委員・避難支援者

Table with columns: 担当民生委員, 電話番号, 民生委員番号, 氏名, 住所, 支援可能時間帯

避難行動要支援者の状況 該当する番号・区分に○を付けてください

Table with columns: 番号, 区分, 障害名, 等級, 療育手帳, 精神保健福祉手帳, 電話番号

裏面へ続く

- 1 災害時の対応に必要な事項ですので、正確に記載してください。
- 2 調査項目で該当するものがあれば番号へ○を付けてください。

調 査 項 目		
会 話	1 視力が弱いので、音声で呼びかけが必要です。	
	2 聴覚障害により、筆談や手話による呼びかけが必要です。	
	3 耳が悪く聞こえにくいので、大きな声で呼びかけが必要です。	
移 動 手 段	4 避難所までの移動に、担架が必要です。	
	5 避難所までの移動に、車椅子が必要です。	
	6 歩行に問題はありませんが、避難所まで付き添いが必要です。	
医 療 及 び 看 護	7 人工透析（血液透析、腹膜透析）を行っています。	
	8 酸素ボンベを使用しています。また避難所まで酸素ボンベの携帯が必要です。	
	9 人工呼吸器が常に必要です。	
	10 避難所で酸素ボンベや酸素濃縮器が必要です。	
	11 避難所でたん吸入器が必要です。	
	12 避難所で吸入器（ネブライザー）が必要です。	
	13 ペースメーカーを装着していますか。携帯電話の利用に配慮が必要です。	
	14 カテーテル留置をしていますか。排尿に配慮が必要です。	
	15 人工肛門によりストマ用装具が必要です。	
	16 胃瘻（いろう）や中心静脈栄養により食事に対して配慮が必要です。	
	17 生命を維持するために常用している薬があり、携帯が必要です。 (薬名 _____)	
	18 食事に対して配慮（きざみ食など）が必要です。	
	精 神	19 理解することが難しいので、わかりやすい言葉で話しかけが必要です。
		20 強いこだわりがあります。配慮が必要です。
		21 認知症の症状があります。配慮が必要です。
		22 精神障害（情緒不安定、幻想、幻覚など）に対するケアが必要です。
		23 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあります。配慮が必要です。
	(特記事項)	
その他		
避難所までの避難ルート	避難所名	