第１号様式（第２項関係） 　 秘

**伊勢原市避難支援登録カード**

 　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　伊勢原市長　殿

 私は、伊勢原市災害時要援護者避難支援計画に基づく災害時要援護者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届け出た次の個人情報（表面に限る。）を市が自主防災組織代表（自治会長）、民生委員、社会福祉協議会、消防署、警察署その他同計画に基づく関係機関等に提供することを承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区名 |  | 自治会名 |  |
| 災害時要援護者(本人) | **□**高齢者等（ □要介護高齢者等 ・ □ねたきり高齢者 ・ □認知症高齢者 ・ 　　 　　 　□一人暮らし高齢者 ・ □高齢者夫婦等世帯の高齢者 ）　　　　 |
| **□**障がい者（□身体：障害の内容 　　　　　　　　　　　　　・□知的(□最重度･□重度 )　　　　　　　　　　　　　・□精神：障害の内容 ）  |
| **□**難病患者（疾患の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **□**その他（ 　 ) |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 　年　 月　　日 |
| 氏 名 |  |
| 住 所 |  | TEL |  － |
| FAX |  － |
| 緊急時の家族等の連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | TEL |  － |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | TEL |  － |
| 家族構成・同居状況等 |  |
|  |
| 居住建物の構造 | □木造( 階建て) □鉄骨造( 階建て) □鉄筋造( 階建て) |
| 普段いる部屋 |  階の　　　　  | 寝室の位置 |  階の　　　　  |
| 日中活動の場所 |  | 緊急通報システム |  □ あり □なし |
| 特記事項 |  |
|  |
| 受付所属 |  　福祉総務主管課　　障がい福祉主管課　　介護高齢主管課　　 |
| 避難準備情報等の情報伝達者(兼)避難支援者 | 第１順位自主防災組織（自治会長） | 氏名： | TEL － |
| 氏名： | TEL － |
| 氏名： | TEL － |
| 第２順位民生委員 | 氏名： | TEL － |
| 氏名： | TEL － |
| 氏名： | TEL － |
| 通信欄 |
|  |
|  |
|  |

（表）

１　災害時要援護者本人情報

|  |  |
| --- | --- |
| 血 液 型 |  Ａ ・ Ｂ ・ Ｏ ・ ＡＢ　　　　　Ｒｈ（ ＋・－ ） |
| 治療中の疾患・合併症 | 疾　　患　　名 | 治　　療　　内　　容 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主治医又は病院名 |  ℡( ) － |
| 服　用　薬の種類等 | 薬　　　 名 | 量 | 形(色) | 服薬時間 | 作　　　用 |
|  |  |  | 朝･昼･夕 |  |
|  |  |  | 朝･昼･夕 |  |
|  |  |  | 朝･昼･夕 |  |
|  |  |  | 朝･昼･夕 |  |
|  |  |  | 朝･昼･夕 |  |
| 服薬上の注意等 |  |
|  |
| 薬局又は病院名 | 　　　　　　　　　　　　 ℡( ) － |
| 補装具及び医療的ケアに必要な物 品 | メーカー名 | 商 品 名 | サイズ等 | 取扱先電話番号 |
|  |  |  | ℡( ) － |
|  |  |  | ℡( ) － |
|  |  |  | ℡( ) － |
| 福祉サービス提供者名 | ① |  ℡( ) － |
| ② |  　　　　　　 ℡( ) － |

２　広域避難場所及び要援護者班

|  |  |
| --- | --- |
| 広域避難場所 |  |
| 広域避難場所の要援護者班 |  |
| 備 考 |  |

３　その他

(裏)