

1 私の情報

フリガナ	電話番号①		
氏名	〇〇 〇〇	電話番号②		
生年月日	昭和**年*月**日			
住所	〇〇〇*-**-*			
メール [その他の連絡先]				
同居家族の有無	<input type="checkbox"/> あり	同居人数	*人	
	<input type="checkbox"/> なし	家族構成（同居家族のみ記載）		
緊急時の連絡先①	フリガナ	私との関係	○
	氏名 (団体名)	〇〇 〇〇〇	電話番号①	** *-****
	住所		電話番号②	
			メール	
緊急時の連絡先②	フリガナ		私との関係	
	氏名 (団体名)		電話番号①	
	住所		電話番号②	
			メール	

2 避難支援者の情報

支援者の連絡先①	フリガナ		私との関係	
	氏名 (団体名)		電話番号①	
	住所		電話番号②	
			メール	
支援者の連絡先②	フリガナ		私との関係	
	氏名 (団体名)		電話番号①	
	住所		電話番号②	
			メール	

3 避難時に配慮が必要なこと

<input type="checkbox"/> 音が聞こえない・聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 自分で判断できない	<input type="checkbox"/> ものが見えない・見えにくい
<input type="checkbox"/> パニックになることがある	<input type="checkbox"/> 声が出せない・うまく話せない	<input type="checkbox"/> 呼吸が乱れることがある
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難	<input type="checkbox"/> 大きな音や騒音が苦手	<input type="checkbox"/> 車いす、杖、歩行器を使用している
<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい	<input type="checkbox"/> 支え等に捕まることができない	<input type="checkbox"/> 他人と一緒にが苦手
<input type="checkbox"/> 座った体制が取れない	<input type="checkbox"/> 内部障害(ペースメーカー等)	<input type="checkbox"/> じっとしていられない
その他：		

4 災害別避難先について

【地震】

避難する場所	在宅避難（自宅などで安全が確保できる時には在宅避難を行いましょう）
	避難所に避難 → 避難所名：該当する避難所を記載しています
	その他：
避難方法	徒歩 その他：

【台風】

避難する場所	在宅避難（自宅などで安全が確保できる時には在宅避難を行いましょう）
	自主避難所に避難 → 該当する避難所を記載しています
	その他：
避難方法	徒歩 その他：

【洪水・荒川】

避難する場所	<input type="checkbox"/> 浸水想定区域ではない
	避難所に避難 → 避難所名：該当する方には避難所を記載しています
	その他：
避難方法	徒歩 その他：

【洪水・神田川】

避難する場所	<input type="checkbox"/> 浸水想定区域ではない
	避難所に避難 → 避難所名：該当する方には避難所を記載します ※垂直避難
	その他：
避難方法	徒歩 その他：

【土砂災害】

避難する場所	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域等ではない
	避難所に避難 → 避難所名：該当する方には避難所を記載しています
	その他：
避難方法	徒歩 その他：

【高潮】

避難する場所	<input type="checkbox"/> 浸水想定区域ではない
	避難所に避難 → 避難所名：該当する方には避難所を記載しています
	その他：
避難方法	徒歩 その他：

5 障害・介護情報

障害程度	障害者支援区分		愛の手帳					
	身体障害者手帳		精神障害者保健福祉手帳					
	難病名							
	身体障害 種別	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 平衡	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 体幹	<input type="checkbox"/> 膀胱又は直腸
	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 呼吸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 免疫	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 音声又は咀嚼	
要介護度	要介護		要支援					
利用している 福祉サービス	<input type="checkbox"/> あり → 事業所名： 担当者名： <input type="checkbox"/> なし							

6 医療的ケア、基本動作等

医療的ケア	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 気管内挿管
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ネブライザー	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理	
		<input type="checkbox"/> その他：		
	通院先：			
	主治医：			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 常食可 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> トロミ要 (<input type="checkbox"/> 食事・ <input type="checkbox"/> 水分)			
	義歯： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
薬の内服	<input type="checkbox"/> あり (服薬名：記載なし) <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助			
食品アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
疾患名				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる			
	<input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可			
特記事項				