

記入例

避難行動要支援者名簿登録申込書 兼 救急医療情報キット支給申請書（避難行動要支援者情報カード）

平成30年 6月 1日

（あて先） 小平市長 殿

受付日：平成 年 月 日 包括名

私は、災害時や救急時の支援を希望し、避難行動要支援者登録名簿への登録と災害対策基本法第49条の11第2項に則り、小平市地域防災計画に定める避難支援等の実施に携わる関係者（小平市社会福祉協議会、小平市地域包括支援センター、民生委員・児童委員、小平消防署、小平警察署、協定を締結した自治会等）に下記に届け出た個人情報を提供することに同意し、救急医療情報1報キットの支給を希望します。

本人が署名できない場合には、代理人の方が記名し、代理人署名欄に、氏名と関係を記入の上、押印してください。

本人署名 **東京 小平** (印)
 ※本人署名は、自署の場合 印は必要ありません。
 代理人署名 **天神 御幸** (天神印)
 （申請者との関係 **娘**）

次の事項を、記入してください。※は名簿に載る項目です。

フリガナ ※本人氏名	トウキョウ コダイラ		※性別	※生年月日
	東京 小平		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	明治・大正・ 昭和 15年 4月 〇日（78歳）
※電話番号	(自宅) 042 - 346 - 9537		(携帯) 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
※住所	小平市 小川町2-1333 集合住宅にお住まいの方は住宅名 (健康福祉事務センター2階)			
※同居家族	◆ 家族構成 (本人からみた) を○で囲んでください。			
	(2) 人家族 (本人を含む)	<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 甥 <input type="checkbox"/> 姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ()		
※認定内容等	◆ 該当する番号を○で囲み、()に記入してください。			
	① 介護保険制度 ・ 要支援 (1) ・ 要介護 () ② 身体障害者手帳 (4) 級 ③ 愛の手帳 () 度 ④ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ⑤ 一人暮らし高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 ⑦ その他 ()			
※支援が必要な理由	◆ 該当する番号を○で囲んでください。			
	① 歩行に介助が必要 ② 歩いて移動できない (車いす・担架が必要) ③ 目が見えにくい <input checked="" type="checkbox"/> ④ 耳が聞こえにくい ⑤ 会話に支障がある ⑥ 内部障がいがある ⑦ 移動はできるが声かけや安否確認が必要 ⑧ 状況判断が難しい ⑨ その他 ()			
本人の状況	◆ 身体の状況、障がいの状況、常用している薬、医療機器の使用など 【例】 ・ 杖を使用しています。 ・ 血圧の薬を飲んでいきます。 ・ 補聴器を使用しています。			
医療情報 (かかりつけ医)	病院名	〇〇〇病院	主な病名	高血圧
	主治医	□□□医師	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	病院名		主な病名	
	主治医		電話	

裏面に続きます。

■ 避難支援者（災害発生時、近所で協力してください。）

フリガナ氏名	オガワヒガシ ジロウ 小川東 次郎	住所	避難支援者がいない場合は、空欄でも可。
電話番号	042-000-0000	本人との関係	子・ 友人 ・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	080-000-0000		
フリガナ氏名	ナカマチ ハナコ 仲町 花子	住所	小平市小川町2-0000
電話番号	042-000-0000	本人との関係	子・友人・知人・ 近所の方 その他（ ）
携帯番号	080-000-0000		

■ 避難方法

最寄りの避難場所を記入してください。

避難場所	学園東小学校	避難方法	杖を使ってゆっくり移動します。
避難ルート（自宅から避難場所まで）	豪雨時には冠水に注意	避難時の要物品	常備薬
	風水害も想定し危険箇所を確認してください。	避難時（避難先）の注意事項	右耳にゆっくり話しかけてください。判断に迷うので、誘導してほしい。

■ 緊急時の家族等の連絡先

フリガナ氏名	テンジン ミユキ 天神 御幸	住所	小平市小川町2-0000
電話番号	042-000-0000	本人との関係	子 ・友人・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	090-000-0000		
フリガナ氏名	オガワニシ イチロウ 小川西 一郎	住所	東村山市萩山3-0-0
電話番号	042-000-0000	本人との関係	子・ 友人 ・知人・近所の方 その他（ ）
携帯番号	090-000-0000		

■ 関係先

ケアマネジャー	担当者名	鈴木
事業所名 小平居宅介護支援事業所	電話	042-000-0000
介護事業所 / 通所先		
事業所名 小平介護ステーション	電話	042-000-0000
事業所名 小平デイサービスセンター	電話	042-000-0000
担当民生委員 氏名 小川 〇〇	電話 042-000-0000	自治会名 小川〇〇自治会

■ 次のことについて了解いたします。

- ① 災害の規模や被災状況によっては、支援ができない場合もあることをご了承ください。
- ② 上記内容に変更が生じた場合は、変更の届出書を提出してください。
- ③ 救急医療情報キットについては、本人等の同意を得ることなく、救急隊等が冷蔵庫を開けてキットを取り出し医療情報等を活用することがあります。
- ④ 救急医療情報キットを確認した方や救急隊が、情報カードに記載されている「医療機関」に搬送することを、保証するものではありません。容態、緊急度、被災状況、搬送先の医療機関の状況などにより、変更されることがあります。
- ⑤ 救急隊がご本人と一緒に、救急医療情報キットを病院に搬送する場合があります。
- ⑥ 状況により、ご本人の救急処置を最優先するため、救急医療情報キットを活用できないことがあります。

担当包括:

窓口に来られた方: 本人 家族 その他(氏名)