～私の緊急時避難情報シート～

（氏名）　　（住所）　　年　月　日生　　歳

私が家に居られない時の避難所は・・・		誰と避難するか？ 誰が来てくれる？	
大規模災害時に避難する場所は・・・		どう やって避難するか？	独歩・杖歩行・車椅子 歩けない（　　）
家族と連絡が取れないときの集合場所は？		同居家族の有無 一人暮らし登録 担当民生委員⇒	有□　無□　日中独居□ 有□　無□ （　　）
緊急連絡先	① ②	かかりつけ医 電話番号 主な病名は？	
医療機器・用具等の事業者と連絡先（酸素など）	（事業者名） （電話）	緊急搬送先病院 無□　有□　⇒	
要介護認定	要支援１２ 要介護１２３４５	担当ケアマネジャー （氏名）	（事業所名） （電話）
手帳交付の有無 障害の種類	身体障害者手帳　　級 肢体・視覚・聴覚・内部	療育手帳　　級	精神障害者保健福祉手帳 級
特別な手当が必要な障害の情報	平衡機能（　　） 音声機能（　　） 言語機能（　　） 咀嚼機能（　　） 心臓・腎臓・胃・呼吸器 膀胱・直腸・小腸 その他（　　）	特に気をつけて欲しい点（体のこと） 1. 2. 3.	特に気をつけて欲しい点（心のこと） 1. 2. 3. ～＊意思の伝達＊～ （できる・時々・不可）
緊急時でも、必ず対応して欲しいこと		福祉避難所の利用希望の有無と理由	有□　無□ （理由）
お薬に関する情報	（調剤薬局名） （電話）	（飲んでいるお薬）	
（備考欄）			
※避難時のその他登録　□町内会（自治会）　□鎌倉市災害時要援護者登録　□その他			

◎このシートは、常にご自分の手元に置き、緊急避難時には必ず一緒に持ち出してください。
◎緊急・災害時に備え、平常時より必要な関係機関との連携の為に使用することを同意します。

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　月　記入

～私の緊急時避難情報シート～

私の避難する場所

避難所（ミニ防災拠点）

広域避難場所

（ 裏 面 ）