

避難者カード

記入日	年 月 日	受付日時			避難所内の 居住区域	
フリガナ		性別	生年月日		年齢	避難確認
家族代表者		男・女				
氏 名						
住 所						
電話番号						
緊急連絡先	氏 名					
	住 所					
	電話番号					
家族構成	氏名	性別	年齢	体温	健康状態(あてはまる症状をチェック)	
				℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚障害	
				℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚障害	
				℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚障害	
				℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚障害	
				℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚障害	
その他、疾病・負傷の状況や特別な要望があれば記入してください。						
安否確認のための情報提供(どちらかを○で囲んでください) 親族・同居人からの照会に対し、情報を提供することに 同意する ・ 同意しない						
避難所記入欄(利用不可の対応)						

※太枠の中を記入してください