

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）

令和 ○年 ○月 ○日

（あて先） 小平市長 殿

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）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

本人が署名できない場合、または児童の場合には、代理人が本人との関係を記入の上、署名してください。

本人署名 東京 小平

代理人署名 天神 御幸
（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"/>	大正 <input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> ○○年 ○月 ○日（○○歳）	
※電話番号	（自宅） 042 - 346 - 9537 （携帯） 090-○○○○-○○○○			
※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	（ 2 ）人家族 （本人を含む）	◆ 家族構成（本人からみた）を○で囲んでください。 ・ 単身 <input type="radio"/> 配偶者 <input checked="" type="radio"/> 祖父 <input type="radio"/> 祖母 <input type="radio"/> 父 <input type="radio"/> 母 <input type="radio"/> 子 <input type="radio"/> ・ 孫 <input type="radio"/> その他（ <input type="radio"/> ）		
※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（ ） ・ 要介護（ 3 ） ② 身体障害者手帳（ 2 ）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 ⑥ 高齢者のみの世帯 ⑦ 小児慢性特定疾病の患者（児） ⑧ 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 <input type="radio"/> ② 歩いて移動できない <input checked="" type="radio"/> （車いす、担架が必要） ③ 目が見えにくい ④ 耳が聞こえにくい <input type="radio"/> ⑤ 会話に支障がある <input checked="" type="radio"/> 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】 ・ 脳梗塞の後遺症で、言語障がいと右半身に麻痺があります。・ 補聴器を使用しています。 ・ （認知症・こだわり等）があるため配慮が必要です。・ 在宅酸素を使用しています。 ・ 血圧の薬を飲んでます。			
医療情報 (かかりつけ医)	病院名	○○○病院	主な病名	脳梗塞
	主治医	□□□医師	電話	○○○-○○○-○○○○
	病院名	○○訪問看護ステーション	主な病名	
	主治医	担当 ○○看護師 週2回訪問	電話	

訪問診療・訪問看護などの医療情報も記入してください。

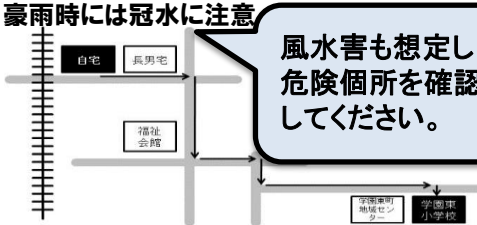
裏面に続きます。

■ 避難支援者（災害発生時、近所で協力してくださる方。了解を得て記入してください。）

フリガナ氏名	オガワヒガシ ジロウ 小川東 次郎	住所	小平市小川町2-0000
電話番号	042-000-0000	本人との関係	子・親・ 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・親・友人・知人・ 近所の方 その他（ ）
携帯番号	080-000-0000		

避難場所は、別紙2をご確認の上、記入してください。

■ 避難方法

避難場所	学園東小学校	避難方法	脳梗塞の後遺症により、右半身に麻痺があり、避難には車いすが必要です。
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	避難時の必要物品	常備薬、紙おむつ
	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	避難ルートに段差があり、2人体制での支援が必要です。脳梗塞の後遺症により会話に支障がありますが、ゆっくり説明していただければ理解できます。

■ 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 ・親・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・親・ 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／相談支援専門員	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／相談支援事業所 通所先 ／通学先／勤務先		
事業所名（学校名・勤務先） 小平介護ステーション	電話	042-000-0000
事業所名（学校名・勤務先） 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

- ① 災害の規模や被災状況による
- ② 上記内容に変更が生じた場合
- 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。

地域の担当民生委員が分からない場合は、市で記入します。

事務処理欄

窓	キ
郵	力