

避難者カード (短期)

入所日 年 月 日 午前・午後 時 分

退所日 年 月 日 午前・午後 時 分

以下の内容はご家族の代表者がお答えください。

どちらかに○をつけてください。 1 避難所での生活を希望する 2 車中避難を希望する

太枠の項目をご記入ください。(□に該当するものに✓をつけてください。)

※ご記入いただいた個人情報については、避難所運営及び感染症対策以外には使用しません。

<p>住所</p>	<p>〒</p> <p>【区会名： _____】</p>		
<p>連絡先</p>	<p>【携帯電話】 _____</p> <p>【その他の連絡先】 _____</p> <p>【車両情報】 ナンバー _____ 色 _____</p> <p>メーカー _____ 車種 _____</p>		
<p>代表者氏名</p>	<p>ふりがな _____</p>	<p>(生年月日) 明・大・昭・平・令</p> <p>年 月 日 (歳)</p>	<p>(特に配慮が必要な事項)</p>
<p><input type="checkbox"/> 発熱・息苦しさ・胸の痛み・強いだるさのいずれかの症状がある</p> <p><input type="checkbox"/> においや味を感じない</p> <p><input type="checkbox"/> せきやたん、のどの痛み、吐き気、下痢の症状がある</p> <p><input type="checkbox"/> 身近な人に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者がいる</p> <p><input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、基礎疾患（糖尿病・心疾患・呼吸器疾患等）がある</p> <p><input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、高齢者（65歳以上）である</p> <p><input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、現在妊娠中である</p> <p><input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない</p>			<p>例：要介護3、 妊娠、呼吸器疾患 糖尿病、心疾患 精神障害、身体障害</p>
<p>体温</p>	<p>平熱 <input type="checkbox"/> 入所日 _____ °C</p>	<p>2日目 _____ °C</p>	<p>3日目 _____ °C</p>
<p>裏面に続きます ↓</p>			

氏名	ふりがな	(生年月日) 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	(特に配慮が 必要な事項)
<input type="checkbox"/> 発熱・息苦しさ・胸の痛み・強いだるさのいずれかの症状がある <input type="checkbox"/> においや味を感じない <input type="checkbox"/> せきやたん、のどの痛み、吐き気、下痢の症状がある <input type="checkbox"/> 身近な人に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者がいる <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、基礎疾患（糖尿病・心疾患・呼吸器疾患等）がある <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、高齢者（65歳以上）である <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、現在妊娠中である <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない			
体温	平熱	<input type="checkbox"/> 入所日	℃ 2日目 °C 3日目 °C
氏名	ふりがな	(生年月日) 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	(特に配慮が 必要な事項)
<input type="checkbox"/> 発熱・息苦しさ・胸の痛み・強いだるさのいずれかの症状がある <input type="checkbox"/> においや味を感じない <input type="checkbox"/> せきやたん、のどの痛み、吐き気、下痢の症状がある <input type="checkbox"/> 身近な人に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者がいる <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、基礎疾患（糖尿病・心疾患・呼吸器疾患等）がある <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、高齢者（65歳以上）である <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、現在妊娠中である <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない			
体温	平熱	<input type="checkbox"/> 入所日	℃ 2日目 °C 3日目 °C
氏名	ふりがな	(生年月日) 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	(特に配慮が 必要な事項)
<input type="checkbox"/> 発熱・息苦しさ・胸の痛み・強いだるさのいずれかの症状がある <input type="checkbox"/> においや味を感じない <input type="checkbox"/> せきやたん、のどの痛み、吐き気、下痢の症状がある <input type="checkbox"/> 身近な人に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者がいる <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、基礎疾患（糖尿病・心疾患・呼吸器疾患等）がある <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、高齢者（65歳以上）である <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、現在妊娠中である <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない			
体温	平熱	<input type="checkbox"/> 入所日	℃ 2日目 °C 3日目 °C
氏名	ふりがな	(生年月日) 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	(特に配慮が 必要な事項)
<input type="checkbox"/> 発熱・息苦しさ・胸の痛み・強いだるさのいずれかの症状がある <input type="checkbox"/> においや味を感じない <input type="checkbox"/> せきやたん、のどの痛み、吐き気、下痢の症状がある <input type="checkbox"/> 身近な人に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者がいる <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、基礎疾患（糖尿病・心疾患・呼吸器疾患等）がある <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、高齢者（65歳以上）である <input type="checkbox"/> 風邪の症状があり、現在妊娠中である <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない			
体温	平熱	<input type="checkbox"/> 入所日	℃ 2日目 °C 3日目 °C

※必要事項を記入後、このカードを職員に提出してください。

ご記入いただいた個人情報については、避難所運営及び感染症対策以外には使用しません。