

No. \_\_\_\_\_

## 要援護者台帳 兼 救急医療カード 登録申請書

優先順位

|             |          |       |                  |     |
|-------------|----------|-------|------------------|-----|
| フリガナ<br>氏 名 |          | 生年月日  | 明 大 昭 平 令        | 1   |
|             |          |       | 年 月 日            | 2   |
| 住 所         | 姫路市      | 性 別   | 男 ・ 女            | 3   |
| 電 話         | 固定<br>携帯 | 血液型   | 型(RH )           | 4   |
| 緊急連絡先       | 氏 名      | 続柄    | 住 所 (同居の場合 勤め先等) | 電 話 |
|             | 1        | 同居・別居 |                  |     |
|             | 2        | 同居・別居 |                  |     |
|             | 3        | 同居・別居 |                  |     |

| 【本人の状況】 支援が必要となる状態すべてにチェック                                                                                                                                    |                               |                                                                                                     | 支援内容                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|
| 世帯の状況                                                                                                                                                         | 移 動                           | コミュニケーション                                                                                           | 一時避難場所 ( )          |  |
| <input type="checkbox"/> 一人暮らし                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 寝たきり | <input type="checkbox"/> 耳が不自由                                                                      | 避難所 ( )             |  |
| <input type="checkbox"/> 高齢者のみ( 人)                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 車椅子  | <input type="checkbox"/> 目が不自由                                                                      | 1 担架等で運ばないと避難できない   |  |
| <input type="checkbox"/> 障害者のみ( 人)                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 歩行器  | <input type="checkbox"/> 物忘れがある                                                                     | 2 車椅子等で運ばないと避難できない  |  |
| <input type="checkbox"/> 世帯 人                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 杖    | <input type="checkbox"/> 話の理解が難しい                                                                   | 3 付き添ってくれれば歩いて避難できる |  |
| <input type="checkbox"/> 日中( )                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 歩行可  | <input type="checkbox"/>                                                                            | 4 声かけがあれば、自力で避難できる  |  |
| 障害者手帳を有する人                                                                                                                                                    |                               | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 |                     |  |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器・心臓疾患がある <input type="checkbox"/> 医療行為(透析・痰の吸引・酸素吸入など)が必要<br>その他 <input type="checkbox"/> 自力で避難することが困難な人(妊婦、日本語に不慣れな外国の人等)<br>( ) |                               |                                                                                                     |                     |  |
| ※支援活動を円滑に進めるため、伝えておきたいことがありましたら、記入して下さい。<br>(寝室の場所、平日の昼間のみの支援が必要、紙オムツを使用しているなど、何でも)                                                                           |                               |                                                                                                     |                     |  |

※1 日頃から交流があり、気にかけてくれる近隣の人(自治会、民生委員・児童委員、隣保長含む)

( )自治会 ( )隣保

| 氏 名 | 住 所 | 電 話 |
|-----|-----|-----|
|     | 姫路市 |     |
|     | 姫路市 |     |
|     | 姫路市 |     |

|             |                                       |                  |
|-------------|---------------------------------------|------------------|
|             | かかりつけ医療機関(病院等) ①                      | かかりつけ医療機関(病院等) ② |
| 主病名         |                                       |                  |
| 医療機関名       |                                       |                  |
| 科目・担当医      |                                       |                  |
| 所在地         |                                       |                  |
| 電話番号        |                                       |                  |
| 常用薬         | (* 欄内に書ききれない場合は、お薬手帳の写し等を別紙添付することも可能) |                  |
| アレルギー       | なし・あり ( )                             |                  |
| 担当のケアマネジャー等 |                                       |                  |

※枠内を分かる範囲で記入してください。

※登録されていても、災害の状況により希望する支援が受けられない場合があります。

また、救急医療情報キットは、救急搬送に必要なまたは有用と判断した場合に使用されますので、状況によって使用されない場合があります。

※日頃から交流があり、気にかけてくれる近隣の人(※1に記載した近隣の人)も、災害時に支援が必要になる可能性もあることから、責任を課すものではありません。

※登録された個人情報については、適正に管理し、支援活動等以外の目的には使用しません。

※災害はいつ起きるかわかりません。日頃から近隣と馴染の関係性を持ち、いざというときに助け合うことが出来るよう心掛けましょう。

## 同意書

日頃からの支援活動等に役立てるため「災害時要援護者台帳」に上記事項を登録し、市(福祉部局・防災部局)で情報共有するとともに、私が居住している自主防災会、自治会、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会支部及び日頃から交流があり、気にかけてくれる近隣の人(※1で記載した支援者)に提供することに同意します。

令和     年     月     日

高岡西地区災害時要援護者地域支援協議会長 様

【 本人 】 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(代理人) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)