

# 避難者カード

※以下太枠内の無着色欄のみ記入してください

# 記入例

住所	吉見町	下細谷〇〇〇	行政区名	〇〇〇〇				
電話番号	自宅: 0493-〇〇-〇〇〇〇 (携帯: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)			緊急連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			
自動車 <small>※避難所に車で来た方のみ記入</small>	車名・色: (メーカー名) (車名) (色) ナンバー: 避難所敷地内での車中泊希望: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無							
ペットの同行避難 <small>※避難所に車で来た方のみ記入</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 特徴: 黒色のチワワ							
<p>実際の避難時、一緒に避難所へ来ることで来た方ができた人の欄に、チェックを入れてください。</p> <p>せがあった場合、住所・氏名を公表してもよいですか? <input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (※DV被害等より情報開示を希望しない場合は、「いいえ」に必ず☑をしてください。)</p>								
性別	年齢	妊産婦	乳幼児	要介護	障がい			その他
					身体	聴覚	精神	
<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	代表者 元消防士で、防災士の資格を保有。
<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護師。一時救命処置等の応急手当が可能。
<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	避難所受付、備蓄品の運搬・配布 小麦アレルギーあり
<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	埼玉 桜さんの避難所内での生活を支援する。
<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	吉見家隣人。 吉見家が避難する際は吉見家と一緒に避難する。 避難所内では、吉見さくが、生活の支援を行う。

避難所運営担当記入欄

避難所名

入所日

退所日

キリトリ線

# 避難者カード

※以下太枠内の無着色欄のみ記入してください

# 提出用

住所	吉見町	行政区名							
電話番号	自宅: 0493-	緊急連絡先							
自動車 <small>※避難所に車で来た方のみ記入</small>	車名・色: (携帯: - - - ) ナンバー: 避難所敷地内での車中泊希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
ペットの同行避難	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 特徴:								
<p>情報の開示について</p> <p>安否の問い合わせがあった場合、住所・氏名を公表してもよいですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (※DV被害等より情報開示を希望しない場合は、「いいえ」に必ず☑をしてください。)</p>									
氏名 (ふりがな)	性別	年齢	妊産婦	乳幼児	要介護	障がい			その他
						身体	聴覚	精神	
<input type="checkbox"/>		歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	代表者の方は備考欄に、その旨を記入 左欄に記入した内容で特に伝えておきたいこと 避難所運営で協力可能な事項や、特技・資格 (例: 受付、備蓄品の運搬・配布など)
<input type="checkbox"/>		歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

避難所運営担当記入欄

避難所名

入所日

退所日

## 健康管理チェックシート（入所時）

## 記入例

一緒に避難してきた家族や知人の方も含めて、該当する項目があれば口にし点を入れてください

項目番号	項目名	チェック欄	該当者名
1	新型コロナウイルスへの感染が確認されていたか。	<input type="checkbox"/>	
2	新型コロナウイルスへの感染が確認されている人の濃厚接触者で、健康観察中でしたか。	<input type="checkbox"/>	
3	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染者との接触はありましたか。	<input type="checkbox"/>	
4	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染者の流行地域に行きましたか。	<input type="checkbox"/>	
5	現在、高熱がありますか。	<input type="checkbox"/>	
6	高熱が数日以内にありましたか。	<input type="checkbox"/>	
7	強いだるさがありますか。	<input type="checkbox"/>	
8	息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか。	<input type="checkbox"/>	
9	においや味を感じにくいですか。	<input type="checkbox"/>	
10	その他、感染したかもしれないと心配になる症状はありますか。	<input type="checkbox"/>	

※チェック項目番号の「1」にチェックが入った方

⇒ 埼玉県新型コロナウイルス感染症県民サポートセンター（0570-783-770）へ電話し、センターの指示に従ってください。

※チェック項目番号の「2～10」に一つでもチェックが入った方

⇒ 発熱者等専用スペースへ避難していただきます。

※チェック項目番号に一つもチェックが入らない方

⇒ 一般の避難スペースへ避難していただきます。

チェック欄の項目に該当する家族・知人の名前を全員記入してください。

該当する場合は、✓を口の中に入れてください。

**※このチェックシートは避難する直前に自宅で記入してください**

----- キリトリ線 -----

## 健康管理チェックシート（入所時）

## 提出用

一緒に避難してきた家族や知人の方も含めて、該当する項目があれば口にし点を入れてください

項目番号	項目名	チェック欄	該当者名
1	新型コロナウイルスへの感染が確認されていたか。	<input type="checkbox"/>	
2	新型コロナウイルスへの感染が確認されている人の濃厚接触者で、健康観察中でしたか。	<input type="checkbox"/>	
3	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染者との接触はありましたか。	<input type="checkbox"/>	
4	過去14日以内に、新型コロナウイルス感染者の流行地域に行きましたか。	<input type="checkbox"/>	
5	現在、高熱がありますか。	<input type="checkbox"/>	
6	高熱が数日以内にありましたか。	<input type="checkbox"/>	
7	強いだるさがありますか。	<input type="checkbox"/>	
8	息苦しさ、咳や痰、のどの痛みはありますか。	<input type="checkbox"/>	
9	においや味を感じにくいですか。	<input type="checkbox"/>	
10	その他、感染したかもしれないと心配になる症状はありますか。	<input type="checkbox"/>	

※チェック項目番号の「1」にチェックが入った方

⇒ 埼玉県新型コロナウイルス感染症県民サポートセンター（0570-783-770）へ電話し、センターの指示に従ってください。

※チェック項目番号の「2～10」に一つでもチェックが入った方

⇒ 発熱者等専用スペースへ避難していただきます。

※チェック項目番号に一つもチェックが入らない方

⇒ 一般の避難スペースへ避難していただきます。

**※このチェックシートは避難する直前に自宅で記入してください**