

小国町避難行動要支援者名簿に係る同意書

記入例

1 本人の情報

(フリガナ) 氏名	オグニ タロウ 小国 太郎	性別	血液型	自宅電話	46-2116
生年月日	大昭和 10年10月10日	男	A型	携帯電話	090-1111-0000
住所	小国町大字 宮原1567番地1			FAX	48-5323
生活の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり(本人を除いて人) <input type="checkbox"/> その他()				
避難時に必要な配慮等	<input type="checkbox"/> 足が不自由 <input checked="" type="checkbox"/> 耳が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 目が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 声が出ない(出にくい) <input type="checkbox"/> 危険を判断できない <input type="checkbox"/> その他()				

氏名・生年月日・血液型・電話番号などを記入してください。

プライバシーにより知らせたくないときは、記入の必要はありません。

2 医療情報等

主な疾病 (治療中の病気)	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 悪性新生物(がん) <input type="checkbox"/> 心疾患(心不全・狭心症など) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞など) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患(うつ病など) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他()	
服用中の薬	××××、△△△△	
かかりつけ医	医療機関等名: 〇〇〇〇病院	電話: 46-〇〇〇〇
	医療機関等名:	電話:

かかりつけの医療機関や服用中の薬などをわかる範囲で記入してください。

3 緊急時の連絡先(親族等)

①	(フリガナ) 氏名	オグニ イチロウ 小国 一郎	続柄	自宅電話	46-〇〇〇〇
			長男	携帯電話	090-0000-0000
	住所	小国町大字〇〇〇〇番地		FAX	
②	(フリガナ) 氏名	オグニ ハナコ 小国 花子	続柄	自宅電話	46-〇〇〇〇
			長女	携帯電話	080-0000-0000
	住所	小国町大字〇〇〇〇番地		FAX	

親族等の連絡先を記入してください。

4 地域支援者(近隣の住民等)

①	(フリガナ) 氏名	クマモト タロウ 熊本 太郎	続柄	自宅電話	46-〇〇〇〇
			隣人	携帯電話	080-0000-1111
	住所	小国町大字〇〇〇〇番地		FAX	
②	(フリガナ) 氏名	クマモト ハナコ 熊本 花子	続柄	自宅電話	46-〇〇〇〇
			隣人	携帯電話	090-1111-0000
	住所	小国町大字〇〇〇〇番地		FAX	

支援者として、平常時の見守り支援(声かけなど)や災害時の避難支援(声かけ、避難誘導、安否確認)に協力できる近隣住民等の方の連絡先を記入してください。また、支援者となることの了承も受けてください。行政部長や民生委員に偏らないように選定をお願いします。

5 避難場所

施設等名	① 小国ドーム	電話	
	②	電話	

私は、災害時における避難支援及び日頃からの見守り支援等を受けるため、上記内容を避難支援等関係者(行政部長、民生委員及び消防団等)へ提供することに同意します。

小国町長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 **小国 太郎** 印

代筆者 (続柄)

※本人自署の場合は、押印は不要です。

本人が書けないときは、代筆で構いません。その場合は、本人の押印が必要です。