

# 小国町避難行動要支援者名簿に係る同意書

## 1 本人の情報

(フリガナ) 氏名	性別	血液型	自宅電話					
			携帯電話					
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	男・女	型	F A X	
住所	小国町大字				部名・組名	部	組	
生活の状況	<input 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 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( )							

## 2 医療情報等

主な疾病 (治療中の病気)	<input 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:					電話:	
	医療機関等名:					電話:	

## 3 緊急時の連絡先(親族等)

①	(フリガナ) 氏名		続柄	自宅電話		
				携帯電話		
	住所				F A X	
②	(フリガナ) 氏名		続柄	自宅電話		
				携帯電話		
	住所				F A X	

## 4 地域支援者(近隣の住民等)

①	(フリガナ) 氏名		続柄	自宅電話		
				携帯電話		
	住所				F A X	
②	(フリガナ) 氏名		続柄	自宅電話		
				携帯電話		
	住所				F A X	

## 5 避難場所

施設等名	①		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

年 月 日

氏名 印

代筆者 (続柄 )

※本人自署の場合は、押印は不要です。