

災害時支援名簿

平成 年 月 日 現在

住居階	階	号室	世帯代表者	印
-----	---	----	-------	---

■ 家族人数	人	■ 要支援者	人	■ 自宅電話番号	■ 緊急連絡先電話番号
--------	---	--------	---	----------	-------------

関係者 記入欄	家族数	災害時の支援	世帯代表者氏名	性別	健康状況/既往症	常用している薬	医療器具、補装具・日常生活用具など
1	要・不要		フリガナ	男 女			
					かかりつけ医療機関名/診療科目	かかりつけ医療機関の所在地	かかりつけ医療機関の電話番号
			生年月日(西暦)	血液型			
			年 月 日		献血のカード番号	長く過ごしている部屋(任意)	災害時の問題・不安について(自由記入)
			歳 (+・-)				
			緊急連絡先	携帯番号	- -		携帯メールアドレス
		勤務先等	最寄り駅:	電話番号	- -	PCメールアドレス	
2	要・不要		氏名	男 女			
			フリガナ		かかりつけ医療機関名/診療科目	かかりつけ医療機関の所在地	かかりつけ医療機関の電話番号
			生年月日(西暦)	血液型			
			年 月 日		献血のカード番号	長く過ごしている部屋(任意)	災害時の問題・不安について(自由記入)
			歳 (+・-)				
			緊急連絡先	携帯番号	- -		携帯メールアドレス
		勤務先等	最寄り駅:	電話番号	- -	PCメールアドレス	

ボランティア	災害時ボランティアの可否	可・否	可能な方の氏名
	在宅時間	平日: 午前・午後・夜間	土日祝日: 午前・午後・夜間
	災害時に役立つ経験 または特技など	医療関係・福祉関係・救命救急講習受講・その他 () 特技 ()	

	3	災害時の支援	氏名	性別	健康状況/既往症	常用している薬	医療器具、補装具・日常生活用具など
		要・不要	フリガナ	男 女		かかりつけ医療機関名/診療科目	かかりつけ医療機関の所在地
生年月日(西暦)	血液型						
年 月 日	(+) (-)		献血のカード番号	長く過ごしている部屋(任意)	災害時の問題・不安について(自由記入)		
歳							
緊急連絡先	携帯番号		-	-	携帯メールアドレス		
	勤務先等		最寄り駅:	電話番号	-	-	PCメールアドレス
	4	災害時の支援	氏名	性別	健康状況/既往症	常用している薬	医療器具、補装具・日常生活用具など
		フリガナ	男 女		かかりつけ医療機関名/診療科目	かかりつけ医療機関の所在地	かかりつけ医療機関の電話番号
要・不要	生年月日(西暦)	血液型					
	年 月 日	(+) (-)	献血のカード番号	長く過ごしている部屋(任意)	災害時の問題・不安について(自由記入)		
	歳						
	緊急連絡先	携帯番号	-	-	携帯メールアドレス		
		勤務先等	最寄り駅:	電話番号	-	-	PCメールアドレス

家族・親せきなどの 緊急時連絡先	氏名	世帯主との 関係	住所	電話番号

*名簿記入上の留意事項

- (1) 同居家族が4名以上の場合は、裏面に記入してください。
- (2) 避難時支援の必要性は、避難援助方法選択のため、寝たきり・車椅子使用・杖使用など具体的に記入してください。
- (3) かかりつけ医療機関の欄は、持病等の理由でかかりつけの病院がある方、常用薬がある方は全員記入してください。
- (4) ペットは災害時の要支援者に含まれません。ご自分の責任で対処してください。