

避難者カード

※平素に記入しておいて、避難するときに携行してください。

記入例

平時

(ふりがな) 記入者氏名	ひだ たろう 飛驒 太郎	住所	飛驒市古川町本町2-22												
電話番号	0577-73-2111	携帯番号	090-〇〇〇〇-△△△△	メール	△△△△△@◇◇◇◇◇◇.◇◇◇◇										
自家用車	車種: 〇〇〇〇 色: 白	ナンバー: 12-34 駐車場所: 自宅	車種: ◇◇◇◇ 色: 赤	ナンバー: 56-78 駐車場所: 〇〇駐車場	車種:	ナンバー:									駐車場所:
同居家族の状況 (同居人含む)	配慮が必要な事項(☑を記入した事項は、下記に詳細を記入してください。)														
	(ふりがな) 氏名	性別	年齢	妊産婦	要 介 護 ・ 支 援 事 業 対 象 者	障がい					ア レ ル ギ ー	服 薬	医 療 機 器	そ の 他	備 考
	身体	(透析)	精神			知的	発達	その他							
	ひだ たろう 飛驒 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	60歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ひだ はなこ 飛驒 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	59歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【☑を記入した事項の詳細内容】															
太郎は卵アレルギー。痛み止めの薬を服用。 花子は視覚障害あり。															
ペット	<input type="checkbox"/> 有 (種類:) ※災害時に避難所への同伴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														