

登録処理	確認
入所	
退所	

避難者カード（記載例）

整理番号 (人数)	()
--------------	-----

※太枠の中を記入してください。変更が生じた場合は申し出てください。

避難所名	保健センター	入所月日 時 間	月	日	時	分
住所	長生村本郷1-77		自治会名	南部		
電話	自宅：0475 (32) 2111 携帯：090 (△△△△) ××××		自家用車 <small>※避難所に駐車する場合</small>	車種：0000 ナンバー：12-34		
この避難所にいる家族	連絡代表者	ふりがな 氏名 ちょうせい たろう 長生 太郎	続柄 本人	年齢 35	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	健康状態等 <input type="checkbox"/> 体温()度 <input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感
	2	はなこ 川 花子	妻	34	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 体温()度 <input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感
	3	いちろう 川 一郎	子	12	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 体温()度 <input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感
	4	はな 川 華	子	8	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 体温()度 <input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感
	5				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 体温()度 <input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感
	いない家族					所在⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
特記事項 (病気等の留意点) 長生花子(妻) 妊娠5か月：自分での移動可能			現在新型コロナウイルス感染症の軽症者等 (自宅療養者・濃厚接触者)はいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
安否の問い合わせがあった場合、 氏名・住所等を公表してもよいですか？			<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
お気づきの点がございましたら ご意見を記入下さい						

(避難所記入欄)

退所月日 時 間	月	日	時	分
転出先				

※混雑を避けるため、受付時には必要最低限項目（黄色箇所）の記載だけ可。（別途、全ての項目に記載してもらい、受付に提出してもらうこと。）