

# 緊急連絡先カード

ふりがな			
名前	名前	生年月日	続柄
生年月日			
住所	〒		
電話番号	(自宅)		
	(携帯)		
血液型	RH(+)(-) A B O AB	e-mail	

## 緊急連絡先

名前	(続柄)	住所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)	e-mail	
名前	(続柄)	住所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)	e-mail	
かかりつけ 病院 1	【電話番号】 (科) (主治医名)		
かかりつけ 病院 2	【電話番号】 (科) (主治医名)		
通所施設 等	【電話番号】 (担当者名)		
病名 症状名		常備薬名	

メモ

.....

.....

.....

# メモ

【補足情報を記入してください。】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

キリトリ.....または.....折り目.....

【サンプル① 緊急連絡先カード】

使用の例: 折じたんで、カード入れ等に入れて携帯することができます。



## 非常用バックなどに備えておくもの

食料品			救急用品		日用品		貴重品 など
品目	数量	賞味期限	品目	数量	品目	数量	品目
<input type="checkbox"/> 飲料水		年 月 日	<input type="checkbox"/> ばんそうこう		<input type="checkbox"/> 懐中電灯		<input type="checkbox"/> 現金
<input type="checkbox"/> 缶詰		年 月 日	<input type="checkbox"/> ガーゼ		<input type="checkbox"/> ラジオ		<input type="checkbox"/> 預貯金通帳
<input type="checkbox"/> 乾パン		年 月 日	<input type="checkbox"/> 包帯		<input type="checkbox"/> 予備電池		<input type="checkbox"/> 印鑑
<input type="checkbox"/> あめ玉		年 月 日	<input type="checkbox"/> はさみ		<input type="checkbox"/> 携帯電話充電器		<input type="checkbox"/> 健康保険証(写)
<input type="checkbox"/> チョコレート		年 月 日	<input type="checkbox"/> ピンセット		<input type="checkbox"/> 缶切り		<input type="checkbox"/> 運転免許証(写)
<input type="checkbox"/> インスタントおかゆ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 体温計		<input type="checkbox"/> ライター、着火器具		<input type="checkbox"/> 緊急連絡先カード
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 食器(皿、はし等)		<input type="checkbox"/> 緊急会話カード
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 携帯コンロ		<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 予備ボンベ		<input type="checkbox"/> ( )
薬品			衣類 など		<input type="checkbox"/> ロープ		ペット/補助犬用品
品目	数量	使用期限	品目	数量	<input type="checkbox"/> レジャーシート		品目
<input type="checkbox"/> 消毒薬		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上着		<input type="checkbox"/> ティッシュペーパー		<input type="checkbox"/> ハーネス
<input type="checkbox"/> かぜ薬		年 月 日	<input type="checkbox"/> 下着		<input type="checkbox"/> トイレットペーパー		<input type="checkbox"/> ペットフード
<input type="checkbox"/> 鎮痛薬		年 月 日	<input type="checkbox"/> 靴(スニーカー等)		<input type="checkbox"/> 生理用品		<input type="checkbox"/> 食事皿、水皿
<input type="checkbox"/> 常備薬( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> 靴下		<input type="checkbox"/> ビニール袋		<input type="checkbox"/> タオル
<input type="checkbox"/> 常備薬( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> タオル、ハンカチ		<input type="checkbox"/> 保温シート/新聞紙		<input type="checkbox"/> トイレ用品
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> 防災頭巾、ヘルメット		<input type="checkbox"/> メモ帳/ボールペン		<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> 作業用手袋		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> ホイッスル		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )		年 月 日	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )

## 倉庫などに備えておくもの

のこぎり    バール    ジャッキ    ブルーシート    ( )

## 避難所などに避難する時に気をつけること

- ブレーカーはオフにしましたか。
- ガスの元栓は閉めましたか。
- 玄関に避難済みカードを表示しましたか。
- とおり近所に声かけしましたか。

使用の例： 冷蔵庫などいつも目に付く場所に掲示して使うことができます。



【サンプル③ 避難済みカード】

キリトリ

(穴) (穴)

# 避難済み

<p style="text-align: center;">ふりがな</p> <hr/> <p>世帯主氏名</p> <hr/> <p>連絡先電話番号</p> <hr/>	<p>避難場所</p> <hr/> <p>避難場所電話番号</p> <hr/>
---	---

伝言メモ

.....

.....

.....

.....

使用の例

1. キリトリ線の沿って切り離し、厚紙などの台紙の上に貼り付けてください。
2. 上の方にある(穴)の部分に穴を開け、適当な長さのひもをとおしてください。
3. ドアノブに掛けたり、棧に結んだりして使うことができます。



### 災害時要援護者登録申請書兼台帳

大村市長 様

下記のとおり登録申請します。

		単位民児協地区番号					
フリガナ 氏 名			性 別	男・女			
			※血液型	A・B・AB・O			
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( )歳						
住 所	アパート名、室番号			同居者	有・無		
				町内会名			
電 話 番 号	自 宅			FAX			
	携 帯			メールアドレス			
※要援護者 区分欄	世帯の状況 (同居者・有のとき)		1. 夫婦世帯		2. 左記1以外の2人世帯		
			3. 3人世帯		4. 4人以上の世帯		
	↓ この欄は、1号～4号までのうち、該当する号に○をつけてください。						
	自力での 避難が 困難な 方に 限ります	1号	介護保険制度で要介護以上に認定された方				
		2号	↓ この欄は、障害のある方のそれぞれの手帳に記載されている「障害名」及び「程度」に○をつけてください。				
			身体障害の方	障害名	1 視覚障害    2 聴覚障害    3 言語障害		
				程度	4 上肢不自由    5 下肢不自由    6 体幹不自由		
知的障害の方			程度	7 内部障害			
精神障害の方	1級    2級    3級    4級    5級    6級						
3号	高齢者(65歳以上)で、上記1号及び2号に該当しない方						
4号	上記1号～3号に該当しないが、自力での避難が困難な方						
※かかりつけ病院 (必要な場合のみ)	有・無	病院名			電話番号		
指 定 避 難 先	市指定 避難先			地元指定 避難先			
避 難 支 援 者	有・無	※ 氏 名			※ 続 柄		
		※ 住 所			※ 自 宅 電 話		
緊 急 連 絡 先	氏 名			続 柄	自 宅 電 話		
	住 所				携 帯 電 話		
担 当 民 生 委 員 児 童 委 員	氏 名				自 宅 電 話		
	住 所				携 帯 電 話		

☆ 下欄について、選択する方の□にチェックしてください

災害対応のため、大村市が  
大村市社会福祉協議会、大村市民生委員児童委員協議会連合会、大村消防署及び市内各地区消防団、  
町内会、各自主防災組織に、上記※印部分を除く登録情報を提供することに

同意します。     同意しません。    (署名 印 )

**(本登録情報は、災害対応及び更新調査以外に使用することはありません。)**

### 災害時要援護者個別支援計画

フリガナ 氏名					性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( )歳						
住所	アパート名、室番号				同居者	有・無	
					町内会名		
電話番号	自宅電話			FAX			
	携帯電話			メールアドレス			
指定避難先	市指定 避難先			地元指定 避難先			
緊急連絡先	氏名			続柄	自宅電話		
	住所					携帯電話	
担当民生委員 児童委員	氏名				自宅電話		
	住所					携帯電話	
避難 支援者	1	氏名			続柄	自宅電話	
		住所					携帯電話
	2	氏名			続柄	自宅電話	
		住所					携帯電話
	3	氏名			続柄	自宅電話	
		住所					携帯電話
情報伝達の流れ	<p>&lt;例&gt; 市役所 ⇒ 自主防災会 ⇒ 本人及び避難支援者                  *自主避難を決めたとき ⇒ 本人から避難支援者に電話等で要請                  *市から「避難準備情報」が発令されたとき ⇒ 避難支援者は電話等で本人に連絡</p>						
情報伝達時の 留意事項							
避難時に携行する日 常用具、医薬品等							
避難誘導時の 留意事項							
避難先での 留意事項	<例> 人工透析の装置が必要						
その他参考事項							

災害対応のため、大村市が本計画を 大村市社会福祉協議会、大村市民生委員児童委員協議会  
 連合会、大村消防署、大村市消防団、各町内会、各自主防災組織及び本計画の避難支援者に提供  
 することに同意します。

(署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_)