

天草市避難行動要支援者名簿  
地域福祉ネットワーク台帳  
命のバトン

に係る同意書

記入例

<登録区分>

- 災害時における避難支援
- 日頃からの見守り支援
- 命のバトンの設置

市提出用

1 本人の情報

登録を希望する区分にチェックを入れる。

(フリガナ) 氏名	アマクサ イチロウ 天草 一郎	性別	男性	血液型	A型	電話	23-1111
生年月日	昭和 41年11月11日					携帯電話	090-0000-1111
住所	天草市 東浜町8番1号					F A X	
生活の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯		<input type="checkbox"/> 同居家族あり ( )人		
避難時に必要な配慮等	<input checked="" 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

プライバシーに配慮し、本人が知らせたくない時は、記入の必要はありません。

主な疾病 (治療中の病気)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" 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 ( )						
服薬中の薬	××××、△△△△△						
かかりつけ医	〇〇〇病院 電話: 23-0000		利用している福祉施設		〇〇デイサービス 電話: 22-0000		
	電話: -				電話: -		

3 緊急時の連絡先 (親族等)

①	(フリガナ) 氏名	アマクサ タロウ 天草 太郎	続柄	長男	電話	23-4567
	住所	天草市東浜町8番10号			携帯電話	090-0000-2222
					F A X	
②	(フリガナ) 氏名	ヤマダ ハナコ 山田 花子	続柄	長女	電話	23-9999
	住所	天草市浄南町1番1号			携帯電話	090-0000-3333
					F A X	

4 地域支援者 (近隣の住民等)

①	(フリガナ) 氏名	クマモト タロウ 熊本 太郎	続柄	隣人	電話	23-6789
	住所	天草市東浜町8番4号			携帯電話	080-0000-0000
					F A X	
②	(フリガナ) 氏名	クマモト ハナコ 熊本 花子	続柄	隣人	電話	23-9876
	住所	天草市東浜町8番5号			携帯電話	080-1111-0000
					F A X	

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、上記内容を天草市避難行動要支援者避難支援計画に定める避難支援等関係者 (行政区長、民生委員及び社会福祉協議会等) へ提供することに同意します。また、急病等の緊急時において、上記内容を医療機関等へ提供することに同意します。

天草市長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

本人が書けない時は、代筆でも可。その場合、本人の押印が必要になります。

氏名 天草 一郎 (印)

代筆者 (続柄)

※本人自署の場合、押印は不要です。