

【様式2】 Ao prefeito do município

# Cartão do refugiado

Local de refúgio		Nº de Recep.											
Data de preenchimento		20____(ano) / ____ (mês) / ____ (dia)											
Furigana			Nº celular (ou da casa, se não possuir) ( ) -										
Representante da família													
Endereço (do atestado de residência)	Gifu-ken shi cho m ura												
Casa	<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outro ( )	Danos residenciais	<input type="checkbox"/> Destruição total <input type="checkbox"/> Semi-destruído <input type="checkbox"/> Dano parcial <input type="checkbox"/> Inundação acima do piso <input type="checkbox"/> Inundação abaixo do piso <input type="checkbox"/> Sem água <input type="checkbox"/> Sem energia <input type="checkbox"/> Sem gás										
		Estadia	<input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Impossível										
Carro	Modelo: Placa : Cor: Local do estacion. :	Animal de estimação	<input type="checkbox"/> Sim (Qual: ) <input type="checkbox"/> Não ※Preencher também na lista de animais										
Situação do refúgio (Pode marcar mais de um)	<input type="checkbox"/> Local de Refúgio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Acampamento (Local: ) <input type="checkbox"/> Outro ( )												
Condições dos membros familiares	Itens que precisam ser considerados (Detalhar os itens assinalados com ✓)												
	Nome	Sexo	Idade	Gestante	Necessita a assistência	Deficiência					Alergia	Medicam.	Outro
						Física	Mental	Intelec	Deserv	Outro			
	Representante	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espaço para especificar os itens assinalados com ✓													
Ajuda que pode prestar nos locais de refúgio (Qualificação / habilidade)													
Permissão para dar resposta sobre a sua segurança aos familiares, etc.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		※Marque ✓ somente após obter concordância de todos os membros da família. Não deixe de informar, caso não queira expor as suas informações por motivos de violência doméstica, etc.									
Espaço para pre-encher na saída	Data de saída	20____ / ____ (mês) / ____ (dia)		Contato									
	End. após a saída	to/do fu/ken shi/ku cho,machi/mura,son											

Data de preenchimento / 記入日：

## Verificação do estado de saúde (exemplo)

健康状態チェックカード（例）

Preencha o estado de saúde de hoje e entregue na recepção.

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

Nome/氏名

---

### ◆ Sobre o estado de saúde/体調について

• Está com febre? 発熱はありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está sentindo falta de ar? 息苦しさがありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Não está sentindo o gosto ou o cheiro? 味や匂いを感じられない状態ですか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está com tosse ou catarro? 咳やたんがありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está com sensação de fadiga? 全身倦怠感がありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Ocorrência de vômito ou náuseas? 嘔吐や吐き気がありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está com diarreia constante? 下痢が続いていますか	SIM · NÃO はい・いいえ

### ◆ Sobre a vacinação pneumocócica 肺炎球菌ワクチンの接種について

• Recebeu a vacina pneumocócica? 肺炎球菌のワクチンを接種していますか	SIM · NÃO · INCERTO はい・いいえ・不明
--	----------------------------------

