

【様式2】致市町村長

# 避難者卡片

		避難所名称		受理号码									
		填写日期		平成 年 月 日									
假名				手机号码 (无手机号码者请填写家庭电话)									
家庭代表者姓名				( ) -									
住民票登載的地址		岐阜县 市 町村											
住宅种类	<input type="checkbox"/> 私有房产 <input type="checkbox"/> 租赁房 <input type="checkbox"/> 其他 ( )	房屋状况	<input type="checkbox"/> 全部损毁 <input type="checkbox"/> 一半损毁 <input type="checkbox"/> 部分损毁 <input type="checkbox"/> 地上浸水 <input type="checkbox"/> 地下浸水 <input type="checkbox"/> 停水 <input type="checkbox"/> 停电 <input type="checkbox"/> 煤气供应停止										
		可否居住	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
汽车	车型: 牌照: 颜色: 停车场:	宠物的携带		<input type="checkbox"/> 有 (种类 ) <input type="checkbox"/> 无 ※请填写宠物台帐									
避难状况 (可以多选)		<input type="checkbox"/> 避难所 <input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 车中 <input type="checkbox"/> 室外帐篷 (地点: ) <input type="checkbox"/> 其他 ( )											
家族状况	需特别关照的事项 (请在下面一栏填写打✓处详细情况)												
	姓名	性别	年龄	孕产妇	需看护	残障					过敏	服药	其他
						身体	精神	智力	发育障碍	其他			
	家庭代表	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<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	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<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	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<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	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<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	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓处 详情填写栏													
能否协助避难所运作 (资格・特长)													
对亲属等安全确认的回答		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		※必须取得家庭全体成员同意后填写✓。另外,若出于遭受家庭暴力等原因不希望告知外界个人信息,请务必告知。									
退所时记录栏	退所年月日	平成 年 月 日			联系方式								
	退所后住址	都道 府县		市区 町村									

填写日期（記入日）：

## 健康状态检查卡（例） / 健康状态チェックカード（例）

请填写当天的身体状况，交给前台。（当日の体調を記入し、受付に渡してください。）

姓名（氏名）

---

### ◆关于身体状况(体調について)

・有发烧吗？（発熱はありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有呼吸困难吗？（息苦しさはありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・感觉不到味道和气味吗？ （味や匂いを感じられない状態ですか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有咳嗽和痰吗？（咳や痰がありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有全身倦怠感吗？（全身倦怠感がありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有呕吐和恶心吗？（嘔吐や吐気がありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・腹泻持续不止吗？（下痢が続いていますか）	是（はい）・不是（いいえ）

### ◆关于肺炎球菌疫苗的接种（肺炎球菌ワクチンの接種について）

・肺炎球菌疫苗接种了吗？ （肺炎球菌のワクチンを接種していますか）	是（はい）・不是（いいえ）・不明
--------------------------------------	------------------

