

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 災害 | | 水害 | | 震災 | |
|----|--|----|--|----|--|

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 民生委員名 | | 指定避難所 | |
|-------|--|-------|--|

高齢者・障がい者等実態把握及び緊急時支援連絡票

| | | | | | | |
|-------------|--|------|-----------|----------|------|--|
| 住 所 | | | 生年 月日 | 大正・昭和・平成 | | |
| ふりがな 氏 名 | | 男・女 | | 年 月 日 | (歳) | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | 電 話 | 主 な 病 気 等 | | | |
| ① | | | (主治医：) | | | |
| ② | | | (主治医：) | | | |
| 身 体 の 状 況 | <ul style="list-style-type: none"> ●自立歩行可（杖使用含む） ●介助で歩行 ●車いす ●寝たきり ●目が見えづらい ●耳が聞こえづらい ●紙おむつ又は紙パンツ使用 ●飲んでいる薬（なし・あり） ●その他（) ●手帳（なし・あり） <ul style="list-style-type: none"> ・療育手帳 ・精神保健福祉手帳 ・特定疾患医療受給者証 ・身体障害者手帳（視覚／聴覚／肢体／腎臓／心臓／呼吸器／その他） | | | | | |
| 介護認定の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ●認定なし ●要支援1 ●要支援2 ●要介護1 ●要介護2 ●要介護3 ●要介護4 ●要介護5 | | | | | |
| 医 療 ケ ア | <ul style="list-style-type: none"> ●なし ●人工透析（週 回／病院名：) ●酸素 ●吸引 ●その他（) | | | | | |

※裏面につづきます。

◆災害及び緊急時の連絡先 ※同居の方以外の連絡先（親族等）をご記入ください。

| No. | 氏名 | 住所 | 電話 | 続柄 |
|-----|----|----|----|----|
| ① | | | | |
| ② | | | | |

◆災害及び緊急時の支援者 ※実際に支援（救助）して下さる方をご記入ください。

| No. | 氏名 | 住所 | 電話 |
|-----|----|----|----|
| ① | | | |
| ② | | | |

◆その他の事項

| | |
|--------------------|---|
| 情報伝達の留意点 | (例：筆談、通訳者などの有無等) |
| 避難時に携行する物 (必需品) | (例：医薬品、蓄便・蓄尿袋、紙おむつ、酸素バッテリー、補装具等) |
| その他、心配ごとや 困りごと | <p>*日常生活の中で困りごとはありますか？（ある・ない） 「ある」と答えた方は下記の項目に○をつけてください。</p> <p>・買い物 ・食事づくり ・掃除 ・ごみの分別 ・ごみ出し ・その他（ ）</p> <p>理由をお聞かせください。</p> <p>[]</p> |

情報の公開について

災害及び緊急時の支援に備え、この連絡票の情報を必要に応じ、公共機関、地域包括支援センター（高齢者に限る）、市社会福祉協議会（高齢者に限る）、担当民生委員、地区自治会（自主防災組織）及び支援者へ公開することに同意します。

令和 年 月 日

本人署名



高齢者・障がい者等実態把握及び緊急時支援連絡票の記入について

- この連絡票への記入は、下野市にお住いの独居高齢者世帯、高齢者のみ世帯及び重度障がい者等の方を対象として行います。記入していただいた連絡票は、高齢者・障がい者等の実態把握や災害及び緊急時に支援を行うために使用します。支障のない方は、基本情報としてご記入くださるようお願いいたします。
- 災害及び緊急時とは、次のようなことをいいます。
 - 自然災害：自然現象を原因とするもので、暴風・暴雨・洪水・地震など
 - 社会災害：人的事故などを発端とするもので、交通事故・火災など
 - 緊急時：急な病気や大ケガなど
- 個人情報については、必ず秘密を厳守いたします。ただし、災害及び緊急時の支援に備え、この連絡票の情報を必要に応じ、公共機関、地域包括支援センター（高齢者に限る）、市社会福祉協議会（高齢者に限る）、担当民生委員、地区自治会（自主防災組織）及び支援者へ公開いたしますので、この趣旨にご了解いただける方は、表記の同意欄に署名押印をお願いいたします。

この連絡票は、民生委員を通じて配付、回収いたしますので、ご協力くださるようお願いいたします。

☆お問い合わせ先☆ 下野市健康福祉部 高齢福祉課 ☎32-8904（高齢者）
社会福祉課 ☎32-8900（障がい者）