

① 避難者の登録

	氏名	性別	生年月日	電話番号	メールアドレス	避難場所
1	世帯代表者		年 月 日			<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 []
2			年 月 日			<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 []
3			年 月 日			<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 []
4			年 月 日			<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 []
5			年 月 日			<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 []

住所 | 〒

外国籍の方

	国籍	パスポート番号 または 在留カード番号	日本語がわかりますか？
1			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (話せる言葉) []
2			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (話せる言葉) []
3			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (話せる言葉) []
4			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (話せる言葉) []
5			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (話せる言葉) []

旅行者の場合

滞在先 |

自宅住所 |

② 避難する理由

自宅 (建物)	<input type="checkbox"/> 被害なし	<input type="checkbox"/> 被害あり (<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊)	<input type="checkbox"/> わからない
ライフライン	<input type="checkbox"/> 被害なし	<input type="checkbox"/> 被害あり (<input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> ガス)	<input type="checkbox"/> わからない
その他	[]		

③ 個人情報の使用

氏名や言語、健康状態や食事制限などの個人情報は、避難所での支援と安否確認に使用します。
個人情報の使用に同意いただける方は、下記のボックスにチェックをしてください。

避難所での支援	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
在住する自治体への連絡	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
出身国の公的機関 (大使館・領事館) からの安否確認への回答	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない

④ ケガや体調不良はありますか？ はい いいえ

Q1 どうしましたか？



ケガをした



痛みがある



熱がある



めまいがする

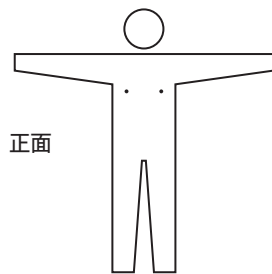


吐き気がする

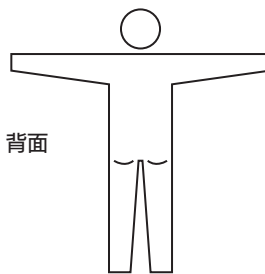
[_____]

その他

Q2 場所はどこですか？



正面



背面

⑤ 妊娠や持病はありますか？ はい いいえ



妊娠している



心臓病がある



糖尿病がある



肝臓病がある



人工透析が必要

[_____]

その他

⑥ 食べられないものにチェックしてください



牛



豚



鶏



羊



魚



貝



小麦



卵



乳



そば



落花生



エビ



カニ



酒

[_____]

その他

⑦ 特別な配慮が必要なことがあれば記入してください
