

指定避難所⇒福祉避難所運営班⇒福祉避難所⇒福祉避難所運営班⇒指定避難所

福祉避難所 要配慮者受入要請(承諾)書

年 月 日

要請元:

担当者:

連絡先:

支援者等へ、氏名住所等情報共有することに同意します。

要配慮者

避難者カードNO.

ご本人署名:

避難者番号:

(フリガナ)		生年月日:年齢	年 月 日 歳	性別	
介護・障害 認定状況	☐ 介護認定あり 要支援・要介護_____ ☐ 介護・障害等認定なし ☐ 不明 ☐ 身体障害者手帳_____級 ☐ 療育手帳_____級 ☐ 精神保健手帳_____級				
福祉サービス 利用状況	☐ 通所施設名_____ ☐ 利用なし ☐ 不明 ☐ その他				
生活上の 支援	移動: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 備考:車いす・杖・自立				
	食事: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 備考:常食・きざみ・とろみ				
	排泄: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 備考:おむつ・オストメイト				
	着脱: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 備考:				
上記介助を付添人により介助可能な場合はこちらにチェック ☐					
医療的ケア 精神状態	* 医療的ケア				
	☐ 経管栄養(胃ろう) ☐ 尿カテーテル ☐ 在宅酸素 ☐ 痰吸引				
	☐ 服薬の必要性 ☐ 透析 ☐ インシュリン注射 ☐ その他:				
	* 精神状況等				
	☐ 大声 ☐ 他害行為 ☐ 自傷行為 ☐ 夜間せん妄 ☐ 徘徊				
☐ その他:					
付添人情報	<氏名(フリガナ)・本人との続柄>			<連絡先>	
移動手段	自家用車(ご家族等支援者の協力)で福祉避難所まで移動 ☐ できる ☐ できない				

川口市担当 連絡先	福祉避難所運営班	担当者:	電話:048-259-7929
			FAX:048-251-1877
受入れ先 判定	☐ 医療機関.....災害対策本部とご調整願います。 ☐ 緊急入所(高齢・障害)・・別途ご連絡いたします。 ☐ 福祉避難所.....下記福祉避難所にご移動頂けます。 ☐ 福祉スペース(当該避難所内)		

*要請書受信後受入れの可否を福祉避難所運営班までご返信願います。

受入: 可・否

福祉避難所 施設担当 連絡先	施設名	担当者:	電話:
			FAX: