**【様式３－１：要配慮者チェックリスト】**

**（その１）**

**要配慮者チェックリスト**

**○　　　　　 避 難 所：No**

**受付年月日　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **性別** | **□　　男　　　□　　女** |
| **住所** |  | **生年月日****（年齢）** | **T・S・H・R　　　年　　　月　　日****（　　　　　歳）** |
| **連絡先** |  | **代筆者** | **(続柄：　　　)** |
| **障害又は****介護等の****状況** | **□介護認定****□要介護支援１・□要介護支援２****□要介護１・□要介護２・□要介護３・□要介護４・□要介護５****□障がい者****□身体障害者（障害名：　　　　　　　　　等級：　　　　　　　　）****□知的障害者（□Ａ　□Ｂ）****□精神障害者（□１級・□２級・□３級）****□自立支援医療の受給者****□難病（指定難病・特定疾患・小児慢性特定疾患）****□妊産婦****□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **現在の****状況** | **□健康に問題ない****□健康に問題あり****□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**本人の記入が難しい場合は、家族、民生委員及び自主防災会等の方が代筆してください。**

**（その２）**

**※記載後FAXにより介護福祉班に送信してください。**

　FAX　0266-21-1101

　TEL　0266-23-4811（1281）介護保険課

受付担当者

|  |  |
| --- | --- |
| **常備薬の携帯** | **□日常的な薬の服用なし****□常備薬あり（常備薬名　　　　　　　　　　□持参　□お薬手帳あり）** |
| **既往歴** | **病名** | **かかりつけ医** | **いつ頃～いつまで** |
|  |  | **年～　　　　年****□現在** |
|  |  | **年～　　　　年****□現在** |
|  |  | **年～　　　　年****□現在** |
| **アレルギー** | **□なし** | **□あり（アレルギー物質　　　　　　　　　　　　）** |
| **通所福祉****施設** | **□なし** | **□あり（施設名　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **歩　行** | **□問題ない　□多少不自由（杖、伝え歩き）　□歩行困難** |
| **福祉避難所への避難が必要な理由** | **□大声を出す　□走り回る　□認知症状　　□他害がある　□自傷がある****□パニックになる　□ほとんど寝たきり****□専門的な支援や医療的なケアが必要** |
| **家族等****支援者** | * **いる　　□　いない**
 |
| **①** | **氏名** | **続柄** | **連絡先** |
| **②** | **氏名** | **続柄** | **連絡先** |
| **移転****福祉施設** | **令和　　年　　月　　日　施設名** |
| **その他** | **その他スタッフに伝えたいこと** |