**【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** | | | | | | |