

NO. _____

福祉避難所・緊急入所施設への申し送りシート

年 月 日

移送先施設： _____
連絡先： _____

移送元災害時避難所： _____
連絡先： _____
記載者： _____

①要援護者本人（要援護者登録の有無：有・無）

ふりがな 氏名		(生年月日) 明・大・昭・平・令 年 月 日
住所 (建物名、部屋番号まで記入)	〒 大阪市	電話 () - FAX () - 携帯電話 () -
本人の状況 (あてはまるものに○を)	1 配慮を要する事項 (聴覚障がい・視覚障がい・杖歩行・車いす・寝たきり・人工呼吸器・酸素ボンベ・ストマ・注射器(インシュリン)・たん吸引・中心静脈栄養・胃ろう・経管栄養・流動食・軟食・認知症・妊娠・乳幼児) 2 必要な介助() 3 付き添いの有無() 4 持病等の情報・服薬状況() 5 必要な介助機器() 6 その他 ※具体的に記入してください。 ()	
世帯の状況 (あてはまるものに○を)	1 一人暮らし 2 75歳以上の高齢者のみの世帯 3 その他 ※具体的に記入してください。(例：被災地外に避難が可能、ライフラインが復旧すれば自宅で生活が可能) ()	
体調等	・体温()度 ・直近2週間の体調等(該当するものにチェックを) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> その他()	

②親族等の連絡先

ふりがな 氏名	本人とご関係:	住所 電話 () - 携帯 () -
ふりがな 氏名	本人とご関係:	住所 電話 () - 携帯 () -

③かかわっている事業所

※事業所・ケアマネジャー等	事業所名()
	連絡先()
	担当者()

④かかりつけの医療機関

※病院・医院名	所在地()
	連絡先()
	主治医()

⑤避難所での様子や、特に申し送りが必要な配慮事項 ※具体的に記入してください。

--