

自分と家族の状況

作成日： 点検日：

ふりがな 名前	電話番号・メール等				
住所	生年月日	年 月 日 (歳)			
心身の状況	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
同居家族	名前	続柄	生年月日 (歳)	連絡先	電話番号
					☎
					☎
					☎
ペット	<input type="checkbox"/> あり【名前 種別 / 一緒に避難・預け先 ()】 <input type="checkbox"/> なし				
避難	<input type="checkbox"/> 支援が必要【 <input type="checkbox"/> 家族と避難 <input type="checkbox"/> 支援者 () と避難】 / <input type="checkbox"/> 各自避難				
緊急連絡先	①名前(関係)： 連絡先		②名前(関係)： 連絡先		

住まい	戸建て / マンション	家の間取りなど
木造・鉄骨・鉄筋	階居住 / 階建て	
建築時期/耐震構造	年 (有 ・ 無)	
ハザード情報		
<input type="checkbox"/> 地震時、家の耐震性が低い <input type="checkbox"/> 高潮 _____ m の浸水		
<input type="checkbox"/> 液状化の可能性あり <input type="checkbox"/> 津波 _____ m の浸水		
<input type="checkbox"/> 土砂災害(特別警報)警戒区域の立地		
<input type="checkbox"/> 洪水 _____ m の浸水		
<input type="checkbox"/> 家屋倒壊氾濫想定区域の立地		
<input type="checkbox"/> 内水氾濫 _____ m の浸水		
<input type="checkbox"/> 水路・ため池等からの浸水		
<input type="checkbox"/> 低い土地・崖地の近隣の立地		

自分と家族の配慮事項

病気・障害のこと	名前：	病名・症状等
かかりつけ医	名前：	医療機関名 連絡先 担当
常備薬など (処方薬・市販薬)		
緊急時に伝達すべき事項 (医療・介護・アレルギー等)		

避難ルート

避難	家族への連絡等		分	持ち出し品	分	戸締り	分	計	分 [㊦]
	避難場所	距離	手段	移動時間 [㊥]		所要時間 [㊦] + [㊥]		災害の対象	
避難場所①						計			
避難場所②						計			
リスク	あり () / なし								

MAP