※　混雑防止のため、事前に必要事項を記入の上、避難当日に持参いただければ、短時間での受付が可能となります。

※　避難されるご家族すべての方を記入してください。

※　切り取ってお使いください。また、コピーしていただければ、何回でも使用できます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **避難者受付カード** | 避難所名 | ※スタッフ記入 | 受付番号 | ※スタッフ記入 |
| 記入日 | 　　　年　　　　　　月　　　　　　日　（　　　　） | 記入者氏名 |  |
| 氏名 | 生年月日・年齢 | 性別 | 住所 | 連絡先 | 住所・氏名・年齢の開示（安否の問い合わせ） |
| 世帯主 | （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| ご家族 | （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （ふりがな） | 明/大/昭/平/令　年　　月　　日（　　　　歳） | 男・女 |  | （　　）　　－ | 同意します・同意しません |
|  |
| （特に配慮してほしい事項があれば記載して下さい。） |

※　混雑防止のため、事前に必要事項を記入の上、避難当日に持参いただければ、短時間での受付が可能となります。

※　ご家族すべての方の検温・体調チェックを記入してください。

※　切り取ってお使いください。また、コピーしていただければ、何回でも使用できます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【記入日】　　　年　　　月　　　日**健康状態チェックカード**当日の体調を記入し、受付に渡してください。 |  | 【記入日】　　　年　　　月　　　日**健康状態チェックカード**当日の体調を記入し、受付に渡してください。 |
| 氏名 | 体温　　度 | 氏名 | 体温　　度 |
| ◆体調について　 | ◆体調について　 |
| ①発熱はありますか。 | はい・いいえ | ①発熱はありますか。 | はい・いいえ |
| ②息苦しさがありますか。 | はい・いいえ | ②息苦しさがありますか。 | はい・いいえ |
| ③味や匂いを感じられない状態ですか。 | はい・いいえ | ③味や匂いを感じられない状態ですか。 | はい・いいえ |
| ④咳やたんがありますか。 | はい・いいえ | ④咳やたんがありますか。 | はい・いいえ |
| ⑤全身倦怠感がありますか。 | はい・いいえ | ⑤全身倦怠感がありますか。 | はい・いいえ |
| ⑥嘔吐や吐き気がありますか。 | はい・いいえ | ⑥嘔吐や吐き気がありますか。 | はい・いいえ |
| ⑦下痢が続いていますか。 | はい・いいえ | ⑦下痢が続いていますか。 | はい・いいえ |
| ◆肺炎球菌ワクチンの接種について | ◆肺炎球菌ワクチンの接種について |
| ⑧肺炎球菌のワクチンを接種していますか。 | はい・いいえ・不明 | ⑧肺炎球菌のワクチンを接種していますか。 | はい・いいえ・不明 |
|  |  |
| 【記入日】　　　年　　　月　　　日**健康状態チェックカード**当日の体調を記入し、受付に渡してください。 | 【記入日】　　　年　　　月　　　日**健康状態チェックカード**当日の体調を記入し、受付に渡してください。 |
| 氏名 | 体温　　度 | 氏名 | 体温　　度 |
| ◆体調について | ◆体調について |
| ①発熱はありますか。 | はい・いいえ | ①発熱はありますか。 | はい・いいえ |
| ②息苦しさがありますか。 | はい・いいえ | ②息苦しさがありますか。 | はい・いいえ |
| ③味や匂いを感じられない状態ですか。 | はい・いいえ | ③味や匂いを感じられない状態ですか。 | はい・いいえ |
| ④咳やたんがありますか。 | はい・いいえ | ④咳やたんがありますか。 | はい・いいえ |
| ⑤全身倦怠感がありますか。 | はい・いいえ | ⑤全身倦怠感がありますか。 | はい・いいえ |
| ⑥嘔吐や吐き気がありますか。 | はい・いいえ | ⑥嘔吐や吐き気がありますか。 | はい・いいえ |
| ⑦下痢が続いていますか。 | はい・いいえ | ⑦下痢が続いていますか。 | はい・いいえ |
| ◆肺炎球菌ワクチンの接種について | ◆肺炎球菌ワクチンの接種について |
| ⑧肺炎球菌のワクチンを接種していますか。 | はい・いいえ・不明 | ⑧肺炎球菌のワクチンを接種していますか。 | はい・いいえ・不明 |