

第2号様式(包括)

新規  更新・変更

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

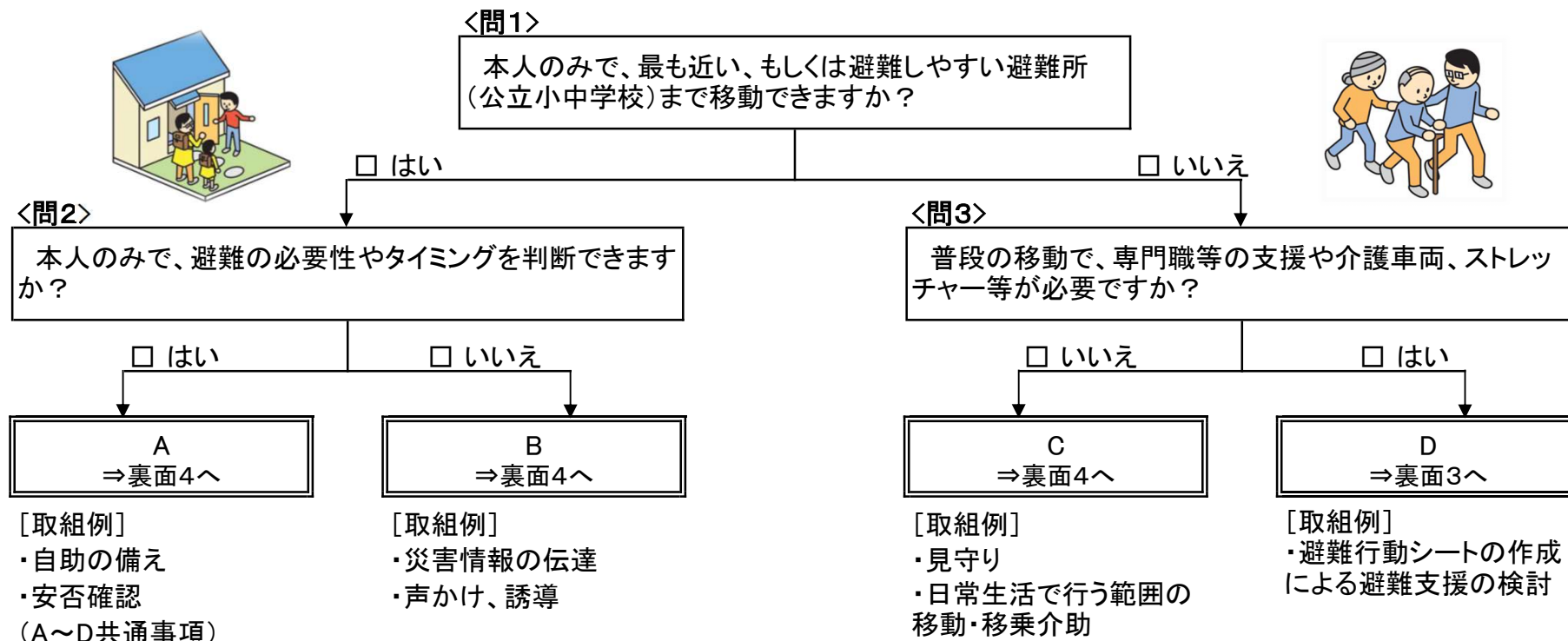
# チェックリスト (表面)

作成日 令和 年 月 日

## 1 ご本人の情報

ふりがな 氏名		住所	茅ヶ崎市
生年月日	T S H R	年 月 日	要支援者 区 分
		<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 区分なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )	
		介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし

## 2 避難行動(支援)に係る分類



※ 取組例は、一例として示しているもので、ご本人や支援者等の取組を確定的に表わすものではありません。

## チェックリスト（裏面）

3 表面で「D」となった場合、介護車両の種類や専門職等の支援等の内容を記入してください。

<input type="checkbox"/> 介護車両(車いす対応)	<input type="checkbox"/> 介護車両(ストレッチャー対応)	
<input type="checkbox"/> 専門職等の支援	( 内容	)
<input type="checkbox"/> その他	( 内容	)

4 自由記入欄 ※避難所への移動に際し、特に配慮を要する事項がある場合などは、その内容を記入してください。

--

5 チェックリスト作成者の情報

事業所名等		ふりがな 氏名		電話番号	
-------	--	------------	--	------	--

6 情報提供等に係る同意

私は、本チェックリストの情報を避難支援等関係者及び福祉事業者(ケアマネジャー等)に提供するとともに、避難行動シートの作成が必要な場合、その作成に協力することに同意します。

ご本人署名		代理人による署名の場合	
		氏名	
		続柄等	