

登録
番号

英語・English

Evacuee Card

School Disaster Evacuation Site

● Please fill out information about your household on this Evacuee Card.

● Carefully fill out all the boxes.

(学校 震災時避難所)

Today's date and time 記入年月日時間		year 年	month 月	day 日	am・pm 午前・午後	hr 時	min 分
Address 住 所 (Apt. name, etc.) (マンション名等)	shi 市	cho 町	chome 丁目	ban 番	go 号	TEL 電話	Home 自宅 Mobile 携帯
	Neighborhood Association/Neighborhood Council 町内会等 () 町内会・自治会 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 地区外						Not registered 未登録
Fill out information of all family members who are with you at the evacuation site. ◎あなたの家族の中で「この避難所に避難してきた人だけ」を記入してください。							
ふりがな 氏 名	Relation 続柄	Age 年齢	Gender 性別	Health Condition, etc. 健康状態等 Write special considerations if boxes other than "Good" are checked. (良好以外にチェックした場合は下記の特記事項に状況を記入して下さい)			
			Male <input type="checkbox"/> 男 性 Female <input type="checkbox"/> 女 性 No response <input type="checkbox"/> 無回答	Good <input type="checkbox"/> 良好	Injured <input type="checkbox"/> けが	Sick / Chronic illness <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む)	Requires assistance <input type="checkbox"/> 要援護者
				Special consideration 特記事項 ()			
				<input type="checkbox"/> 要援護者			
For multiple people, the same applies below ()							
Fill out the information for the family members who are not with you at the evacuation site. ◎あなたの家族の中で「この避難所にいない人」がいましたら、記入してください。							
ふりがな 氏 名	Relation 続柄	Age 年齢	Gender 性別	Current Location 所 在			
			Male <input type="checkbox"/> 男 性 Female <input type="checkbox"/> 女 性 No response <input type="checkbox"/> 無回答	Home <input type="checkbox"/> 自宅	Work place <input type="checkbox"/> 職場	Unknown <input type="checkbox"/> 不明	
				Other <input type="checkbox"/> その他 ()			
For multiple people, the same applies below ()							
Damage to residence ◎家 屋 被 害	Damaged (Completely Half Partially) No damage Unknown <input type="checkbox"/> 被害あり (<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部破損) <input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 不明						
Is it ok to share your personal information publicly for safety confirmation and inquiry purposes? Yes No ◎安否確認や問い合わせに対し、情報を公開してもよいですか。 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
Evacuated with pet ◎ペットの同行避難	Yes 【 Number of pets 】 No <input type="checkbox"/> 有 【頭数 頭】 <input type="checkbox"/> 無						
Reference ◎備考 (Concerns, etc.) (伝えたい事項など)							

記入欄※

避難者名簿登録日 (年 月 日) 避難者退所日 (年 月 日) 【行先 : ()】

※は情報広報班等が記入

登録
番号

取扱要注意

記入者の名字の頭文字
ひらがなで記入⇒

避難者カード

※避難者カードは世帯ごとに記入してください。

※あわてずに落ち着いて、太枠の部分をゆっくり書いてください。

(学校 震災時避難所)

記入年月日時間		年	月	日	午前・午後	時	分
住 所 (マンション名等)	市 町 丁目 番 号				電話	自宅 携帯	
	町内会等 () 町内会・自治会 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 地区外						
◎あなたの家族の中で「この避難所に避難してきた人だけ」を記入してください。							
ふりがな 氏 名	続柄	年齢	性別	健康状態等 (良好以外にチェックした場合は下記の特記事項に状況を記入して下さい)			
	本人 (記入者)		<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む) <input type="checkbox"/> 要援護者	特記事項 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む) <input type="checkbox"/> 要援護者	特記事項 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む) <input type="checkbox"/> 要援護者	特記事項 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む) <input type="checkbox"/> 要援護者	特記事項 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む) <input type="checkbox"/> 要援護者	特記事項 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 (持病含む) <input type="checkbox"/> 要援護者	特記事項 ()		
◎あなたの家族の中で「この避難所にいない人」がいましたら、記入してください。							
ふりがな 氏 名	続柄	年齢	性別	所 在			
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他 ()		
			<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性 <input type="checkbox"/> 無回答	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◎家 屋 被 害 <input type="checkbox"/> 被害あり (<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部破損) <input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 不明							
◎安否確認や問い合わせに対し、情報を公開してもよいですか。 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
◎ペットの同行避難		<input type="checkbox"/> 有 【頭数 頭】		<input type="checkbox"/> 無			
◎備考 (伝えたい事項など)							

情報広報班等記入欄

避難者名簿登録日 (年 月 日) 避難者退所日 (年 月 日) 【行先 : ()】