

【ここからは同意をいただいた方のみご記入ください】

恩納村個別避難計画（1）

フリガナ		男	せいねんがっぴ 生年月日	年 月 日	
なまえ お名前		女	血液型	現年齢（ ）歳 型（RH： + ・ - ）	
じゅうしょ 住所	おんなそんあざ 恩納村字				
でんわばんごう 電話番号（連絡先）	じたく 自宅：	けいたいでんわ 携帯電話：			
	メールアドレス：				
かぞく ご家族 どうきよにん (同居人)	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		
	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢 続柄
からだ 身体について しょうかいご (障がいや介護な どの状況)	ようかいご <input type="checkbox"/> 要介護（ ） ようしえん <input type="checkbox"/> 要支援（ ） しんたいしょうがいしゃてちょう <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 しょうがい <input type="checkbox"/> 障害名（ ） りょういくてちょう <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） せいしんしょうがいしほけんふくしてちょう <input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳（ ）級 なんびょう <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 一人で立つことや歩くことができない <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 車椅子を使用している <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他（ ）				
かかりつけ医	びょうい 病院名：	しゅじい 主治医：	でんわ 電話：		
	びょうい 病院名：	しゅじい 主治医：	でんわ 電話：		
つうしょせつ 通所施設	しせつめい 施設名：	でんわ 電話：			
びょうめい 病名					
くすり お薬	(※お薬手帳等のコピーでも可)				
きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先	なまえ お名前	ぞくがら 続柄	じゅうしょ 住所	れんらくさき 連絡先	

