

【様式2】致市町村長

避難者卡片

		避難所名称		受理号码									
		填写日期		平成 年 月 日									
假名				手机号码 (无手机号码者请填写家庭电话)									
家庭代表者姓名				() -									
住民票登载的地址		岐阜县 市 町村											
住宅种类	<input type="checkbox"/> 私有房产	房屋状况	<input type="checkbox"/> 全部损毁 <input type="checkbox"/> 一半损毁 <input type="checkbox"/> 部分损毁 <input type="checkbox"/> 地上浸水										
	<input type="checkbox"/> 租赁房		<input type="checkbox"/> 地下浸水 <input type="checkbox"/> 停水 <input type="checkbox"/> 停电 <input type="checkbox"/> 煤气供应停止										
	<input type="checkbox"/> 其他 ()	可否居住	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
汽车	车型: 牌照: 颜色: 停车场:	宠物的携带		<input type="checkbox"/> 有(种类) <input type="checkbox"/> 无 ※请填写宠物台帐									
避难状况 (可以多选)		<input type="checkbox"/> 避难所 <input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 车中 <input type="checkbox"/> 室外帐篷(地点:) <input type="checkbox"/> 其他()											
家族状况	需特别关照的事项(请在下面一栏填写打✓处详细情况)												
	姓名	性别	年龄	孕产妇	需看护	残障							
						身体	精神	智力	发育障碍	其他	过敏	服药	其他
	家庭代表	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	岁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 视觉 <input type="checkbox"/> 听觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓处 详情填写栏													
能否协助避难所运作(资格·特长)													
对亲属等安全确认的回答		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		※必须取得家庭全体成员同意后填写✓。另外,若出于遭受家庭暴力等原因不希望告知外界个人信息,请务必告知。									
退所时记录栏	退所年月日	平成 年 月 日			联系方式								
	退所后住址	都道 市区 府县 町村											

填写日期（記入日）：

健康状态检查卡（例） / 健康状态チェックカード（例）

请填写当天的身体状况，交给前台。（当日の体調を記入し、受付に渡してください。）

姓名（氏名）

◆关于身体状况(体調について)

・有发烧吗？（発熱はありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有呼吸困难吗？（息苦しさはありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・感觉不到味道和气味吗？ （味や匂いを感じられない状態ですか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有咳嗽和痰吗？（咳や痰がありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有全身倦怠感吗？（全身倦怠感がありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・有呕吐和恶心吗？（嘔吐や吐気がありますか）	是（はい）・不是（いいえ）
・腹泻持续不止吗？（下痢が続いていますか）	是（はい）・不是（いいえ）

感染病对策

请大家配合！

为了不传染给别人

- 尽量戴口罩。发热、身体不适、与接触感染者有接触的人，请务必戴口罩
- 接触门把手等公共物品之后，一定要洗手，消毒
- 每天量体温，检查身体状况
 - 早，中，晚进行三次
 - 发烧或者身体不舒服的时候，向卫生小组报告
- 尽量不要在自己家以外的地方吃饭

请配合避难所的管理

- 定期进行换气
 - 每 30 分钟至少换气一次，每次持续几分钟，要把窗户全都打开
- 每天都要频繁地进行门把手等公共物品的消毒和厕所的清扫
 - 公共物品用家用氯漂白剂擦过之后，再用水擦一遍
- 在提供物品和餐饮的时候，尽量不要直接用手
- 扔垃圾的时候，以家庭为单位，把垃圾袋系好后再扔