避　難　者　状　況　連　絡　票

受付者：（　　）
記入日：　　年　　月　　日

場　所	□ 避難所（　　） □ 仮設住宅（　　） □ 自　宅 □ その他（　　）		
ふりがな 氏　名		男・女	生　年　月　日 年　　月　　日　　歳
連絡先	□ 避難所　□ 仮設住宅　□ 自　宅　□ その他（　　） 〒 電　話：		
家族状況	□ 独居　□ 高齢者夫婦　□ 同居（　　）		
既往歴	□ 無 □ 有［　　］		
現在の医療情報	■ 通　院　□無　□有（　　） ■ 投　薬　□無　□有（　　） ■ 歩行障害　□有（状態：　　）□無 ■ その他の障害　□無 □有（　　）		
福祉ｻｰﾋﾞｽ利用の有無	□ 無 □ 有 ： サービス内容（　　） 事業者等（　　）		
生活状況	■ 睡　眠　□全く眠れない　□ときどき眠れない　□眠れる ■ 食　欲　□全然ない　□あまりない　□ある　□むかつきがある ■ 排　便　□ない（　　日間） □ある（□便秘気味　□下痢気味） ■ 衣服の着脱 □介助不要　□介助要（　　）		
1日の過ごし方	現　在	震　災　前	
上記以外の状況等			