**避難の際に必要な支援、配慮など、該当するものがあれば番号へ○をつけて下さい。**

１　常用している**薬**があります。（わかれば効能も書いてください。）

　　（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　**移動に介助**が必要です。

　　（　杖歩行　・　車いす　・　担架　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　））

３　**目が悪い**ため、音声で呼びかけをしてほしいです。

４　**耳が聞こえない**ため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。

５　**耳の聞こえが良くない**ので、大きな声で呼びかけてほしいです。

６　**人工透析**（血液透析、腹膜透析など）を行っています。

７　**医療機器の携帯**が必要です。

　　　酸素ボンベ　・　酸素濃縮器　・　人工呼吸器　・　アンビューバック　・　吸引器

　　　吸入器（ネブライザー）　・　バッテリー　・　その他（　　　　　　　　　　　）

８　**ペースメーカー等**を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。

９　**排泄に配慮**が必要です。

　　（　おむつ　・　尿カテーテル　・　ストマケア用品　・　尿器　　・　介助　　）

10　**食事に配慮**が必要です。

　　　軟食　・　流動食　・　経管栄養　・　胃ろう　・　中心静脈栄養　・　介助

　　　アレルギー（　　　　　　　　　）　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）

11　**理解することが苦手**なので、わかりやすい言葉で話してほしいです。

12　**その他**必要な配慮があります。

　　　認知症　・じっとしていることが苦手　・　こだわりが強い　・　大声、奇声

　　　精神障がい（精神の不安定、幻聴・幻覚など）　・　自傷、他害のおそれ

※特記事項

　・かかりつけの病院

　　病院名：　　　　　　　　（☏　　　　　　　　　）　診療科名

　・介護保険のサービスまたは障害福祉サービスの利用状況

　　サービス名称：　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　（☏　　　　　　　　　）

　　ケアマネジャー・相談員氏名（事業所）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（☏　　　　　　　　　）