

# 様式1 関係者連絡先と避難先 確認日 年 月 日

## ■関係者・機関

	続柄・区分など	氏名	所属・勤務先など	電話番号・メールなど
自 助 ・ 共 助	家 族 ( )			
	近隣者			
	搬送支援者			
		避難先 ( )		

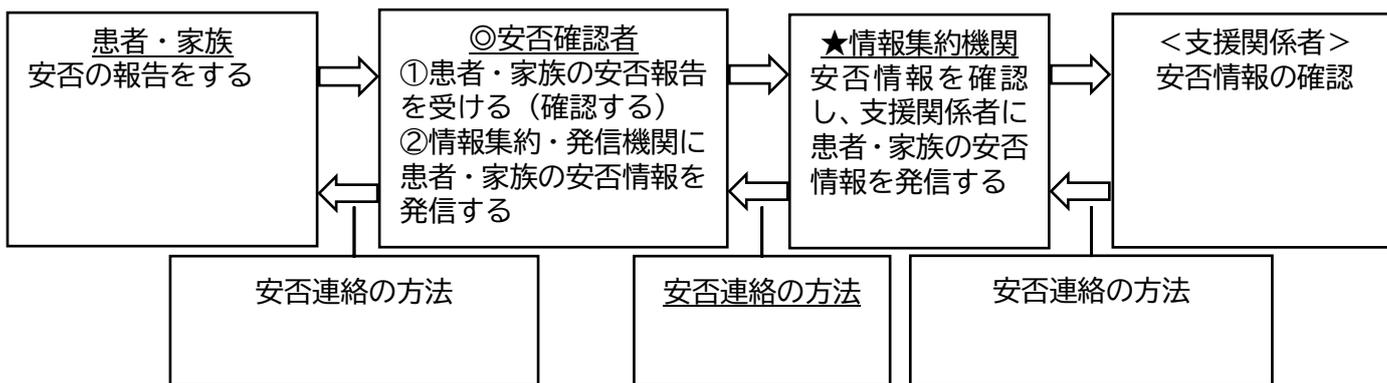
	安否 情報	続柄・区分など	氏名	所属・勤務先など	電話番号・メールなど
共 助 ・ 公 助		かかりつけ医			
		専門医			
		かかりつけ薬局・薬剤師			
		訪問看護師等			
		健康福祉センター保健師			
		市町職員			
		ケアマネジャー			
		相談支援専門員			
		医療的ケア児等コーディネーター			
		ホームヘルパー等			

↑ ※患者・家族から安否の報告を受ける（確認する）者に◎をつける。  
患者・家族の安否情報を支援関係機関に情報発信する支援者に★をつける。

## ■医療機器販売業者 機器に異常がある時など連絡

区 分	担 当 者	所 属	電話番号・メール等
人工呼吸器（機種： )			
酸素濃縮装置（機種： )			
吸引器（機種： )			

## 安否確認の流れ・方法



※安否連絡の方法（連絡の取りやすい方法を選ぶ）

①電話連絡 ②メール ③災害用伝言ダイヤル ④災害用伝言板 ⑤その他（ ）

### 【避難先等】 ※避難経路を記載した地図を添付しておきましょう。

避難の目安はP1～2（フロー）確認する。

親戚・知人宅等

\_\_\_\_\_

へ

移動方法

で避難する。

避難所（一般／福祉）（非常用電源設備 有／無）

避難所 \_\_\_\_\_

へ

移動方法 \_\_\_\_\_

で避難する。

緊急避難入院

医療機関名 \_\_\_\_\_

へ相談し

移動方法 \_\_\_\_\_

で避難入院する。

予定していた医療機関が受け入れ困難な場合

〇〇健康福祉センター（宇都宮市保健所） \_\_\_\_\_

へ相談する。