

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 ()			

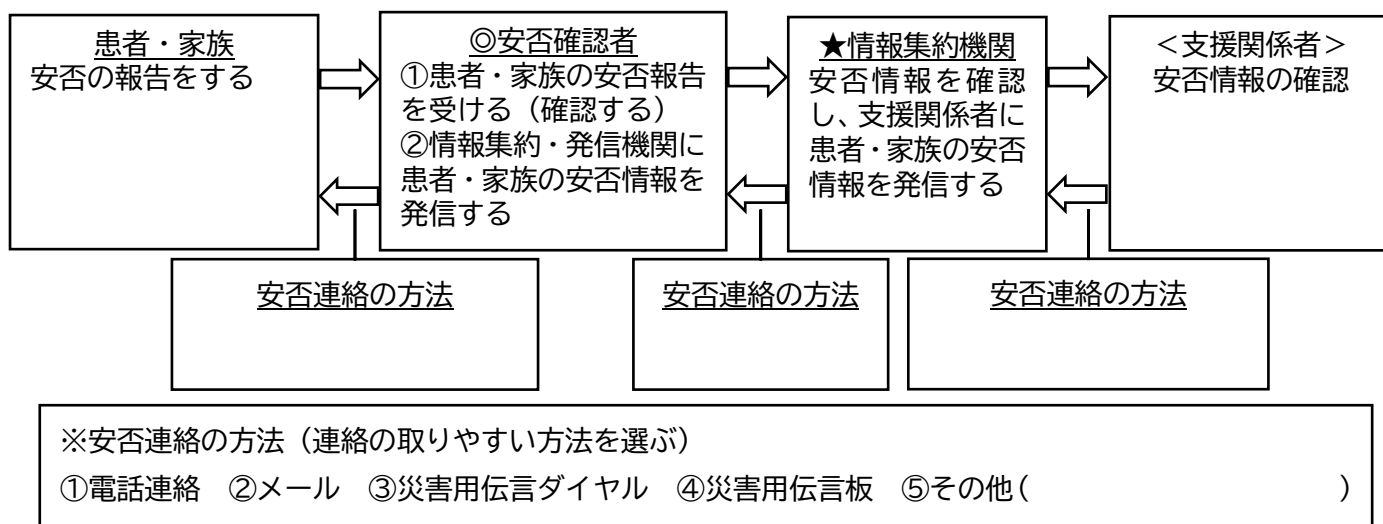
	安否 情報	続柄・区分など	氏 名	所属・勤務先など	電話番号・メールなど
共 助 ・ 公 助		かかりつけ医			
		専 門 医			
		かかりつけ薬局・薬剤師			
		訪問看護師等			
		健康福祉センター保健師			
		市町職員			
		ケアマネジャー			
		相談支援専門員			
		医療的ケア児等コーディネーター			
		ホームヘルパー等			

↑ ※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・家族の安否情報を集約する支援者に★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



【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P 1～2（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。