

在宅医療・介護安否確認事前連携シート（仮）

氏名				
住所				
連絡先①				
連絡先②				
避難所（最寄り）				
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 護送	<input type="checkbox"/> 担送	(※常時臥床は担送を選択)
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 支援者同居	<input type="checkbox"/> その他（ ）
(避難に必要な) 福祉用具				
医療機器				
優先度	<input type="checkbox"/> 医療サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス			
安否確認 (担当事業所)	(MCSへの登録) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

※発災時の確実な安否確認を担保するものではない。