

避難所利用者登録票

					避難所名	受付番号
記入日 Date	年 YY	月 MM	日 DD	曜日 Day of week	記入者氏名 Name	
住所 Address	〒 Postal code:					
	自治会・町内会名 Resident association/town council					
電話 Tel	-	-		携帯電話 Mobile phone	-	-
Fax	-	-		E-mail	@	
その他連絡先 Other contact	(親戚など) (such as a relative)		Tel: - -		〒 Postal code: Address	
自宅の被害状況 Post-disaster condition of your home	<input type="checkbox"/> 全壊 Completely destroyed <input type="checkbox"/> 半壊 Half-destroyed <input type="checkbox"/> 一部損壊 Partially destroyed <input type="checkbox"/> 全焼 Completely burned <input type="checkbox"/> 半焼 Half-burned <input type="checkbox"/> 床上浸水 Flooding above floor level <input type="checkbox"/> 流出 Washed away <input type="checkbox"/> その他 Other ()					
滞在を希望する場所 Desired evacuation location	<input type="checkbox"/> 避難所 Evacuation site <input type="checkbox"/> テント(避難所敷地内に設営) Tent (within evacuation site property) <input type="checkbox"/> 車両(避難所敷地内に駐車) Vehicle (parked within evacuation site property) <input type="checkbox"/> 避難所以外の場所 Location outside of the evacuation site (自宅 home / 他 other [])					
避難所を利用する人(避難所以外の場所に滞りする人も記入) Family members using the evacuation site (those who sleep outside of the evacuation site must write their names as well).					特に配慮が必要なこと Special considerations required	
	氏名 Name	生年月日・年齢 Date of birth and age	性別 Sex	続柄 Family Relationship	国籍 Nationality	
Head of the household	(世帯主)	YY MM DD () years old	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F			<input type="checkbox"/> けが Injury <input type="checkbox"/> 病気 Illness <input type="checkbox"/> 介護が必要(食事・排泄など) Needs nursing care (meals, toilet, etc.) <input type="checkbox"/> 歩行困難 Cannot walk easily <input type="checkbox"/> 寝たきり Bedridden <input type="checkbox"/> 視覚障害 Vision impaired <input type="checkbox"/> 聴覚障害 Hearing-impaired <input type="checkbox"/> 環境の変化が苦手・パニックになりやすい Cannot easily adjust to changes in environment/panics easily <input type="checkbox"/> アレルギー Allergies <input type="checkbox"/> 妊娠中 Pregnant <input type="checkbox"/> その他 Other () 日本語 Japanese language <input type="checkbox"/> わかる Can speak <input type="checkbox"/> 少しわかる Can speak a little <input type="checkbox"/> わからない Cannot speak 使える言語 Languages you can speak ()
Family member	(家族)	YY MM DD () years old	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F			
Family member	(家族)	YY MM DD () years old	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F			
Family member	(家族)	YY MM DD () years old	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F			
Pet	(ペット) <input type="checkbox"/> 飼っていない None <input type="checkbox"/> 飼っている Yes, we have →右欄へ Complete the section to the right	種類(頭数) Type and no. of animals		<input type="checkbox"/> 同伴希望(ペット台帳に記入) We want to keep our pet(s) with us (complete pet registration) <input type="checkbox"/> 置き去り We left our pet at home <input type="checkbox"/> 行方不明 We do not know the whereabouts of our pet(s)		
自家用車(避難所に駐車する場合) Family car (if you park within the evacuation site)	車種 Type	色 Color		ナンバー License plate No.		
安否確認のための情報開示 Would you like information about your safety posted for viewing?						
親族・同居者への提供 Provide to family/relatives/household members				<input type="checkbox"/> 希望する (Yes) <input type="checkbox"/> 希望しない (No)		
知人への提供 Provide to acquaintances				<input type="checkbox"/> 希望する (Yes) <input type="checkbox"/> 希望しない (No)		
上記以外の者への提供 Provide to people other than abovementioned				<input type="checkbox"/> 希望する (Yes) <input type="checkbox"/> 希望しない (No)		

・世帯(家族)ごとに記入して、総合受付に提出してください。 Complete one sheet per household (family) and submit it to the general reception desk.
 ・ご記入いただいた情報は、食料や物資の配給や健康管理などの支援を行うため、避難所運営のために必要最低限の範囲で共有します。また市町村災害対策本部にも提供し、被災者支援のために市町村が作成する「被災者台帳」にも利用します。 Since the information you write will be used for support purposes, such as the distribution of food/supplies and health maintenance, it will be shared within the range as needed to operate the evacuation site. It will also be submitted to the municipal disaster control headquarters and used for the disaster victim ledger the municipality maintains.