**〇連絡先リスト　　　　　　　　　　　作成日　　　　年　　　　月　　　　日**

様式４

1. **安否確認をする機関・担当者**

**②安否確認の方法**

**③市担当部署**

**④安否確認機関と市担当部署との連絡方法**

**■関係者・機関**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害用伝言板などの登録 | 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 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | アパート管理者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 避難先（　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 保健師 |  |  |  |
|  | ケアマネジャー |  |  |  |
|  | 相談支援専門員 |  |  |  |
|  | ホームヘルパー等 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**■医療機器業者**機器に異常がある時など連絡

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 担当者 | 所　　属 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |