

【様式2】 Ao prefeito do município

# Cartão do refugiado

Local de refúgio		Nº de Recep.											
Data de preenchimento		20____(ano) / ____ (mês) / ____ (dia)											
Furigana		Nº celular (ou da casa, se não possuir) ( ) -											
Representante da família													
Endereço (do atestado de residência)		shi cho m ura Gifu-ken											
Casa	<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outro ( )	Danos residenciais	<input type="checkbox"/> Destruição total <input type="checkbox"/> Semi-destruído <input type="checkbox"/> Dano parcial <input type="checkbox"/> Inundação acima do piso <input type="checkbox"/> Inundação abaixo do piso <input type="checkbox"/> Sem água <input type="checkbox"/> Sem energia <input type="checkbox"/> Sem gás										
		Estadia	<input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Impossível										
Carro	Modelo: Placa : Cor: Local do estacion. :	Animal de estimação	<input type="checkbox"/> Sim (Qual: ) <input type="checkbox"/> Não ※Preencher também na lista de animais										
	Situação do refúgio (Pode marcar mais de um)												
		<input type="checkbox"/> Local de Refúgio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Acampamento (Local: ) <input type="checkbox"/> Outro ( )											
Condições dos membros familiares	Itens que precisam ser considerados (Detalhar os itens assinalados com ✓)												
	Nome	Sexo	Idade	Gestante	Necessita a assistência	Deficiência					Alergia	Medicam.	Outro
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Física	Mental	Intelec	Deserv	Outro			
	Representante			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaço para especificar os itens assinalados com ✓													
Ajuda que pode prestar nos locais de refúgio (Qualificação / habilidade)													
Permissão para dar resposta sobre a sua segurança aos familiares, etc.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	※Marque ✓ somente após obter concordância de todos os membros da família. Não deixe de informar, caso não queira expor as suas informações por motivos de violência doméstica, etc.										
Espaço para pre-enchimento na saída	Data de saída	20____ / ____ (mês) / ____ (dia)		Contato									
	End. após a saída	to/do fu/ken		shi/ku cho,machi/mura,son									

Data de preenchimento / 記入日：

## Verificação do estado de saúde (exemplo)

健康状態チェックカード（例）

Preencha o estado de saúde de hoje e entregue na recepção.

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

Nome/氏名

---

---

### ◆ Sobre o estado de saúde/体調について

• Está com febre? 発熱はありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está sentindo falta de ar? 息苦しさがありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Não está sentindo o gosto ou o cheiro? 味や匂いを感じられない状態ですか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está com tosse ou catarro? 咳やたんがありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está com sensação de fadiga? 全身倦怠感がありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Ocorrência de vômito ou náuseas? 嘔吐や吐き気がありますか	SIM · NÃO はい・いいえ
• Está com diarreia constante? 下痢が続いていますか	SIM · NÃO はい・いいえ



# Medidas de prevenção contra doenças infecciosas

Contamos com  
a colaboração  
de todos!

## Para não infectar outras pessoas

- Use a máscara sempre que possível. Se estiver com febre, não se sentir bem ou tiver entrado em contato com uma pessoa infectada, certifique-se de usar máscara .
- Depois de tocar em áreas comuns como maçanetas, lave bem as mãos e desinfecte-as cuidadosamente.
- Verifique sua temperatura corporal e seu estado de saúde todos os dias.
  - Faça três refeições por dia: café da manhã, almoço e janta
  - Se sentir febre ou mal-estar, avise à equipe de higienização
- Não coma fora do seu espaço marcado.

## Pedido de cooperação na gestão do abrigo (refúgio)

- Ventile o ambiente regularmente.
  - Abra as janelas por alguns minutos a cada meia hora.
- Desinfecte áreas comuns como maçanetas e limpe o banheiro todos os dias.
  - As áreas comuns devem ser limpas com alvejante doméstico à base de cloro antes de serem limpas com um pano úmido .
- Evite o contato direto na hora da entrega de produtos e refeições.
- Amarre a boca do saco de lixo e descarte-o por família.