

避難行動要支援者 個別避難計画

作成日 年 月 日

フリガナ 氏名		男女	生年月日		歳
住所					
自宅電話番号		携帯電話番号			
ファクシミリ番号		携帯アドレス			
登録者の状態	<input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らし		<input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯		
	<input type="checkbox"/> 要介護認定者		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳		
	<input type="checkbox"/> 難病患者 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
支援・見守り	<input type="checkbox"/> 支援	<input type="checkbox"/> 見守り	世帯人数	人世帯	
世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中のみ一人 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯(65歳以上) <input type="checkbox"/> その他				
同居者年齢	<input type="checkbox"/> 0歳～15歳 <input type="checkbox"/> 16歳～64歳 <input type="checkbox"/> 65歳～74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上				
避難場所 (水害時)		避難場所 (震災時)			
町内会区域			町内会	担当民生委員No	
緊急連絡先	フリガナ 氏名			登録者との関係	
	住所				
	電話番号				
	メールアドレス				
避難支援等実施者1	フリガナ 氏名			計画情報を避難支援等関係者に提供することに同意します	<input type="checkbox"/>
	住所			登録者との関係	
	電話番号			可能な支援	<input type="checkbox"/> 避難誘導
	メールアドレス				<input type="checkbox"/> 情報伝達(声かけ)
避難支援等実施者2	フリガナ 氏名			計画情報を避難支援等関係者に提供することに同意します	<input type="checkbox"/>
	住所			登録者との関係	
	電話番号			可能な支援	<input type="checkbox"/> 避難誘導
	メールアドレス				<input type="checkbox"/> 情報伝達(声かけ)
※避難支援等実施者は、災害発生時に可能な範囲で要配慮者（あなた）の支援を行うものであり、法的な義務や責任を負うものではありません。					
要配慮事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない（聞こえにくい） <input type="checkbox"/> 目が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 継続して内服している薬がある <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 気管内吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 ()				
特記事項					

■いつのタイミングで、どのように避難しますか（マイ・タイムライン）

台風襲来3日前	⇒	台風襲来2日前	⇒	台風襲来1日前	⇒	台風上陸
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

■自宅の状況

<input type="checkbox"/> 一戸建て（ <input type="checkbox"/> 階建て）	<input type="checkbox"/> マンション（ <input type="checkbox"/> 階建ての <input type="checkbox"/> 階）	<input type="checkbox"/> エレベーターあり
普段過ごしている場所	<input type="checkbox"/> 1階	<input type="checkbox"/> 2階以上（ <input type="checkbox"/> 階）
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）
バリアフリーの有無	<input type="checkbox"/> 室内	<input type="checkbox"/> 玄関アプローチ <input type="checkbox"/> 駐車場
非常用電源	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（稼働時間 <input type="checkbox"/> 時間）
自宅に車を横付け可能か	<input type="checkbox"/> 可能（場所 <input type="checkbox"/> ）	
その他	<input type="checkbox"/> 自家用車有り	介助に必要な人数 <input type="checkbox"/> 人

市記入欄	
------	--

【個別避難計画同意欄】

私は本計画の作成及び情報提供に同意しました。 年 月 日署名

要支援者本人署名	個別避難計画作成者 ※福祉専門職が作成した場合に記入
氏名	事業所名
代筆者 ※要支援者本人が自署できない場合に記入	
氏名	本人との関係 氏名