

避難行動要支援者 個別避難計画書(記入例)

作成日: 年 月 日 新規・更新 記入者:

1 本人情報						
フリガナ	フジノミヤ タロウ			■男 □女	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日
氏名	富士宮 太郎		80 歳			
住所	富士宮市●●町11-11				身長	●●
電話	22-2222 090-1111-2222	FAX	22-2222		体重	●●
心身の情報	障害者手帳	□身体() □知的 □精神 ()級・度			支援区分	
	介護認定	■要介護(4) □要支援()			意思疎通方法	補聴器使用など、..
利用中のサービス	・月、水、金は日中(●時から●時まで)にデイサービスを利用(●●事業所)など、..					

2 本人情報その他特記事項
<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活全般に支援が必要で、妻やヘルパーが介護を行っている。 ・普段は1回の寝室(玄関を入れて正面の部屋)で生活している。 ・普段はパンツ式おむつを着用し、ベッド横にポータブルトイレを設置。

3 世帯情報						
世帯の構成	□ひとり暮らし ■同居人あり・ 1 人→全員65歳以上か ■はい □いいえ				ペット	□いる ■いない →種類()
世帯構成員	フリガナ	フジノミヤ ハナコ		75 歳	続柄	妻
	氏名	富士宮 花子			電話	22-2222 090-1111-3333
	フリガナ			歳	続柄	電話
居住環境	建物	■戸建て □マンション □アパートなど			構造	■木造 □鉄筋造
	居住階	2階建の 1 階			エレベーター	□あり ■なし
ハザードの状況	河川氾濫時	□ 浸水深0.5m～ ■ 浸水深3m～ □ 家屋倒壊等氾濫想定区域 □ 土砂災害警戒区域 □ その他()				
避難先	風水害	名称	●●避難所		住所	富士宮市●●町●●番地
	地震	名称	●●小学校		住所	富士宮市●●町●●番地

▲世帯構成員が3名以上の場合には下記備考欄に記載するか、別紙で提出してください。
▲避難先は、在宅避難、親戚・知人宅、ホテル等も含めて検討してください。

4 緊急連絡先						
①	フリガナ	フジノミヤ イチロウ		本人との関係	長男	電話
	氏名	富士宮 一郎				33-3333 090-1111-4444
	住所	富士宮市●●町22-22				
②	フリガナ			本人との関係		電話
	氏名					
	住所					

5 避難支援者(人または団体名)						
①	フリガナ	フジノミヤ リンイチ		本人との関係	隣人(東側)	電話
	氏名	富士宮 隣一				
	住所	富士宮市●●町11-12				
②	フリガナ	●●ク●●チョウナイ●ハン		本人との関係	自治会 (自主防災会)	電話
	氏名	●●区●●町内●班				
	住所	富士宮市●●町地内				

6 避難支援方法	
介助の必要性	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助が必要
避難手段	<input type="checkbox"/> 徒歩・交通機関 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> タクシー・施設バス <input type="checkbox"/> 寝台タクシー <input type="checkbox"/> その他
具体的な支援方法	
避難経路	※ 避難経路図及び所在図、間取り等を添付

7 避難先での生活支援						
生活支援方法	必要な配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他				
	持病	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (小麦粉、...)	服薬管理	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 内容を記載(例:人工呼吸器)				
	医薬品	●●●●(保管場所:台所の冷蔵庫横食器棚、上から2段目)				
	必要な設備	<input type="checkbox"/> 電源※() <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> バリアフリー ※コンセントが必要な器具記載 例:人工呼吸器、吸引器、在宅酸素、電気毛布				
	上記の具体的な支援方法					
かかりつけ医	病院名	●●医院	フリガナ 担当医	●● ●● ●● ●●	電話	66-6666

8 計画の提供先(避難支援等関係者)				
ケアマネ ジャー・相談 支援専門員	事業所名	●●●●	フリガナ 担当名	●●●● ●●●●
	住所	●●●●	電話	77-7777
自治会・町会		●●●●		
民生委員		●●●●		

計画の作成・更新・提供に関する同意について

災害時に円滑な避難ができるよう本計画を作成・更新し、避難支援等関係者で共有することに同意します。また、計画作成により、災害時(または災害のおそれがある場合)に、必ずしも支援が受けられることを保証するものではなく、避難支援等関係者や避難支援者が法的な責任や義務を負うものではないことについて理解し、同意します。

署名 _____