個別避難計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | 住所 |  |
| 電話 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  | 血液型 |  | 型（ [ ] Rh－　[ ] Rh+ ） |
|  |
| 緊急時の連絡先(家族・知人等) | ① | 氏名 |  | 関係 |  | 住所 |  |
| 電話(自宅・携帯) |  | e-mail |  |
| ② | 氏名 |  | 関係 |  | 住所 |  |
| 電話(自宅・携帯) |  | e-mail |  |
| 相談支援事業者・ケアマネジャー等 | 氏名 |  | 携帯 |  |
| 事業所名 |  | 電話 |  |
|  |
| 家族構成 | [ ]  ひとり暮らし　　[ ]  同居家族あり（　　人）※本人含む　　[ ]  同居家族全員75歳以上 |
| 住まいの状況 | [ ]  戸建住宅[ ]  集合住宅 | [ ]  平屋[ ]  2階建て[ ]  3階建以上 | 家の中でいつもいる場所 | 日中 |  |
| 就寝 |  |
|  |
| 必要な支援内容 | [ ]  情報伝達（*災害の発生や避難情報の伝達*）[ ]  避難所までの付き添い支援*（注意：裏面に避難所までの経路図を添付してください）*[ ]  避難所までの搬送支援*（注意：裏面に避難所までの経路図を添付してください）* |
| 支援時に配慮が必要なこと | [ ]  立つことや歩行が困難[ ]  物が見えないまたは見にくい[ ]  危険なことを判断できない | [ ]  音が聞こえないまたは聞こえにくい[ ]  言葉や文字の理解が難しい[ ]  顔を見ても知人や家族とわからない |
| [ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 傷病名 |  |
| 常時必要な医薬薬・医療器具 | 医薬品 |  | 医療器具 |  |
| かかりつけの医療機関情報 | 医療機関名 |  |
| 連絡先 |  | 診察券番号 |  |
|  |
| 避難支援者(サポーター) | ① | フリガナ氏名 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | 携帯 |  |
| ② | フリガナ氏名 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | 携帯 |  |
|  |
| その他特記事項 |  |

|  |
| --- |
| ハザード情報（ハザードマップで確認） |
| 洪水　〔 [ ]  浸水想定区域内（浸水深 |  | メートル）　・　[ ]  区域外 〕 |
| 土砂災害　〔 [ ]  土砂災害警戒区域内　・　[ ]  区域外 〕 |
|  |
| 避難先（避難所または親族・知人宅など） |
| [ ]  避難所①〔 |  | 〕　移動手段〔 |  | 〕　移動時間〔 |  | 分〕 |
| [ ]  避難所②〔 |  | 〕　移動手段〔 |  | 〕　移動時間〔 |  | 分〕 |
| [ ]  自宅の浸水しない場所（２階以上など）　⇒　[ ]  手助け必要　　[ ]  手助け不要 |
|  |
| 避難経路図（住宅地図等を貼り付け、避難経路を記載してください） |
| ※ 避難先まで避難経路をハザードマップなどで確認して記載してください。。 |
|  |
| 避難を支援する時の留意事項 |  |

