

避難行動要支援者のための個別避難計画

様式3

基本情報	ふりがな			管理番号		
	氏名			性別	男・女・その他	
	生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日	年齢
	住所					
	電話番号			FAX番号		
	携帯番号					
	メールアドレス					
家族構成・同居情報						
避難時に配慮しなくてはならない事項	(あてはまるものすべてに☑) <input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 【要介護状態区分: _____】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳所持 【障害名: _____ 等級: _____】 <input type="checkbox"/> 難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている <input type="checkbox"/> 医療機器を装着等している <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 [_____]					
利用中の医療福祉サービス	高齢者福祉サービス	事業所名				
		電話番号				
	障害(児)者福祉サービス	事業所名				
		電話番号				
	かかりつけ医	医療機関名			主治医	
		電話番号				
緊急時の連絡先①	ふりがな			続柄等	本人との関係	
	氏名(団体名)					
	住所					
	連絡先	電話番号①			携帯番号	
電話番号②				FAX番号		
メールアドレス						
緊急時の連絡先②	ふりがな			続柄等	本人との関係	
	氏名(団体名)					
	住所					
	連絡先	電話番号①			携帯番号	
電話番号②				FAX番号		
メールアドレス						
避難支援等実施者①	ふりがな			続柄等	本人との関係	
	氏名(団体名)					
	住所					
	連絡先	電話番号			携帯番号	
電話番号				FAX番号		
メールアドレス						
避難支援等実施者②	ふりがな			続柄等	本人との関係	
	氏名(団体名)					
	住所					
	連絡先	電話番号			携帯番号	
電話番号				FAX番号		
メールアドレス						

要支援者に係る留意事項	緊急時の情報伝達	
	避難誘導	
	【避難の際に備えておくべきもの】	
	避難先での生活	
	【避難生活において持ち出さないといけない特別なもの】	
避難場所 避難経路	地震の時の避難	避難場所
		避難経路(地図の貼付でも構いません)
	風水害の時の避難	避難場所
		避難経路(地図の貼付でも構いません)
早期避難が可能な場合の避難方法		
		※市記入欄

令和 年 月 日

上記の内容について、誤りがないことを確認しました。

署名 (代理署名)		代理署名者	本人との関係

