

個別避難計画（おもて）

令和 年 月 日現在

フリガナ		性別	年齢	血液型	本人の心身の状況 <input type="checkbox"/> 立つことや歩行が難しい、出来ない <input type="checkbox"/> 危険なことが判断できない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい、見えない <input type="checkbox"/> 顔を見ても家族等と分らない <input type="checkbox"/> 音が聞こえにくい、聞こえない <input type="checkbox"/> 電源が必要な医療機器を使用している <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <主な疾患や障がい>						
氏名											
住所											
電話番号		FAX									
携帯番号		メール									
家族構成	昼間	1人暮らし・夫・妻・父・母・子・孫・()			病院・福祉関係者						
	夜間	1人暮らし・夫・妻・父・母・子・孫・()									
緊急連絡先	氏名		続柄		かかりつけ医	病院名		主治医		電話番号	
	住所		電話番号		かかりつけ薬局	薬局名		担当者		電話番号	
	氏名		続柄		ケアマネジャー等	事業所名		担当者		電話番号	
	住所		電話番号		避難・移動のとき必要になる支援 <input type="checkbox"/> A 自力で動くことが難しい(車いす使用、寝たきりなどのため避難に介助が必要) <input type="checkbox"/> B 自力で動けるが、避難所まで付き添って欲しい(歩行が危うい、状況判断が厳しい) <input type="checkbox"/> C 自力で動けるが、情報入手が難しい(情報伝達のための声掛けが必要) <その他>(本人・家族の状況や支援の際に必要な情報を記入)						
自治会・班											
民生委員・災害時の支援協力者	氏名		関係		裏面に非常持ち出し品・避難場所・避難経路を記入します。						
	住所		電話番号								
	氏名		関係								
	住所		電話番号								
	氏名		関係								
	住所		電話番号								

個別避難計画（うら）

令和 年 月 日現在

フリガナ		性別	年齢	血液型	避難場所						
氏名											
非常持ち出し品・備蓄品					一時避難場所	名称	所在地				
貴重 品	<input type="checkbox"/> 現金(小銭)	<input type="checkbox"/> 介護保険証・障がい者手帳				移動 手段	徒歩・車・車いす・()			所要 時間	分
	<input type="checkbox"/> 預金通帳・印鑑	<input type="checkbox"/> お薬手帳									
<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				指定 避難 所	水害時	名称	所在地		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						移動 手段	徒歩・車・車いす・()		
生活 用品 ・ 衛生 用品	<input type="checkbox"/> 着替え(服・下着・靴下)	<input type="checkbox"/> 防寒具・雨具				地震時	名称		所在地		
	<input type="checkbox"/> メガネ	<input type="checkbox"/> ごみ袋・ビニール袋					移動 手段	徒歩・車・車いす・()			所要 時間
	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> タオル									
	<input type="checkbox"/> 生理用品	<input type="checkbox"/> ティッシュ									
	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ・入れ歯	<input type="checkbox"/> トイレtpペーパー									
	<input type="checkbox"/> 常備薬	<input type="checkbox"/> 簡易トイレ									
	<input type="checkbox"/> マスク	<input type="checkbox"/> 割りばし・紙皿・紙コップ									
	<input type="checkbox"/> 救急セット	<input type="checkbox"/> ヘルメット									
	<input type="checkbox"/> 体温計	<input type="checkbox"/> 携帯電話・充電器									
	<input type="checkbox"/> 手指消毒液	<input type="checkbox"/> 懐中電灯・電池									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
水・ 食品	<input type="checkbox"/> 非常食(日分)	<input type="checkbox"/>				自宅の浸水しない場所(2階以上など) 手助けが必要 ・ 手助けは不要					
<input type="checkbox"/> 飲料水(日分)	<input type="checkbox"/>										
その 他	<input type="checkbox"/> 車いす・シルバーカー	<input type="checkbox"/>				避難経路図					
<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
保管方 法・場所	リュック(場所:) ・ 玄関 ・ ()				関係者 <input checked="" type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> 自主防災組織 <input type="checkbox"/> 災害時の支援協力者 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーまたは相談支援専門員						
災害発生時に、地域の支援者と安全に避難できるようにするため、個別避難計画に記載した私に関する情報を関係者と共有することに同意します。 なお、個別避難計画は、災害時の避難支援が必ずなされることを保証するものではありません。したがって、上記の関係者が、法的な責任や義務を負うものではないことを理解しました。											
					令和 年 月 日	本人 署名	代理人 署名				