

# 個別避難計画（おもて）

令和 5年 7月 1日現在

フリガナ	ハチマン チカコ		性別	年齢	血液型	本人の心身の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行が難しい、出来ない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい、見えない <input type="checkbox"/> 音が聞こえにくい、聞こえない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 危険なことが判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても家族等と分らない <input type="checkbox"/> 電源が必要な医療機器を使用している <主な疾患や障がい> 脳梗塞(5年前)、左の手足に麻痺がある						
氏名	八幡 近子		女	83	A型							
住所	桜宮町1234番地											
電話番号	0748-〇〇-xxxx	FAX	電話番号と同じ									
携帯番号	090-〇〇〇〇-xxxx	メール	なし									
家族構成	昼間	1人暮らし・夫・妻・父・母・子・孫・( )										
	夜間	1人暮らし・夫・妻・父・母・子・孫・( )										
緊急連絡先	氏名	滋賀 花子	続柄	長女		かかりつけ医	病院名	八幡医院	主治医	八幡先生	電話番号	0748-bb-bbbb
	住所	野洲市〇〇町4-5		電話番号	080-xxxx-xxxx	かかりつけ薬局	薬局名	八幡薬局	担当者		電話番号	0748-cc-cccc
	氏名	八幡 幸男	続柄	長男		ケアマネジャー等	事業所名	滋賀事業所	担当者	△△ケアマネ	電話番号	0748-ff-ffff
	住所	大阪府〇〇市2-3		電話番号	090-yyyy-yyyy							
自治会・班	近江八幡自治会					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 checked="" 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)						
民生委員・災害時の支援協力者	氏名	近江 八郎				対象者の基本情報は、名簿で分かるところは本人に確認しながら記入してください。						
	住所	桜宮町567番地		電話番号	0748-△△-〇〇〇〇							
	氏名	滋賀 太郎	関係	自治会長								
	住所	桜宮町800番地		電話番号	090-xxxx-〇〇〇〇							
	氏名	近江 愛子				支援協力者は、地域の避難支援体制づくりの中で話し合い、可能な範囲で検討してください。						
住所	桜宮町900番地		非常持ち出し品・避難場所・避難経路を記入します。									

名簿で分かる情報のほか、本人や家族への聞き取りで分かった本人の情報を記入します。

対象者の基本情報は、名簿で分かるところは本人に確認しながら記入してください。

支援協力者は、地域の避難支援体制づくりの中で話し合い、可能な範囲で検討してください。

災害が起こったとき、支援のために必要になるかもしれない情報を分かる範囲で記入します。

# 個別避難計画（うら）

令和 5年 7月 1日現在

フリガナ	ハチマン チカコ	性別	年齢	血液型	避難場所					
氏名	八幡 近子	女	83	A型						
非常持ち出し品・備蓄品					一時避難場所					
貴重品	<input checked="" type="checkbox"/> 現金(小銭) <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証・障がい者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 預金通帳・印鑑 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/>									名称
生活用品 ・ 衛生用品	<input checked="" type="checkbox"/> 着替え(服・下着・靴下) <input type="checkbox"/> 防寒具・雨具 <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> ごみ袋・ビニール袋 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 生理用品 <input type="checkbox"/> ティッシュ <input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ・入れ歯 <input type="checkbox"/> トイレトペーパー <input checked="" 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 checked="" 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"/>				名称	桜宮小学校		所在地	桜宮町600番地	
					移動手段	徒歩・車 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">車いす</span> ( )		所要時間	10分	
					移動手段	徒歩・車 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">車いす</span> ( )		所要時間	20分	
					移動手段	徒歩・車 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">車いす</span> ( )		所要時間	20分	
水・食品					指定避難所					
その他					自宅の浸水しない場所(2階以上など)					
保管方法・場所					手助けが必要・手助けは不要					
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。					避難経路図					
関係者					<input checked="" type="checkbox"/> 市役所 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会 <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> 自主防災組織 <input checked="" type="checkbox"/> 災害時の支援協力者 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャーまたは相談支援専門員					
令和 5年 7月 1日					本人署名					
八幡 近子					代理人署名					

本人と一緒に、災害時に備えて何が必要か考えることも大事です。備えができているものにチェックをつけたり、用意しないとイケないものを書き出したりしましょう。

本人の同意を得た上で、計画を共有する範囲を決めてチェックし、写しを市に提出してください。

