

◎個別支援計画※本人や家族等で計画を作成する場合にご活用ください。

氏名			性別	男・女
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	電話番号 ( )	-
住所	近江八幡市			
<b>避難支援時に配慮すべき事項</b>		<b>避難時に必要な支援</b>		
<input 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 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からない <input type="checkbox"/> 電源が必要な医療機器を使用している <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 車いすでの移送 <input type="checkbox"/> 担架による移送 <input type="checkbox"/> 徒歩で避難所までの付き添い <input type="checkbox"/> 声かけのみで避難可能 <input type="checkbox"/> その他( )		

◎(緊急連絡先)

氏名			電話番号 ( )	-
住所				
氏名			電話番号 ( )	-
住所				

◎(避難支援者)

氏名 (団体名)			電話番号 ( )	-
住所	近江八幡市			
氏名 (団体名)			電話番号 ( )	-
住所	近江八幡市			

◎かかりつけの医療機関

医療 機関名			連絡先 ( )	-
-----------	--	--	---------	---

◎ケアマネジャー、または相談員連絡先

事業所名			連絡先 ( )	-
------	--	--	---------	---

◎避難所までの避難ルート

一時避難場所:	避難所:

◎避難所で必要な対応

<input type="checkbox"/> トイレの近く	<input type="checkbox"/> 常に誰かの付き添いが必要
<input type="checkbox"/> 服薬管理が必要	<input type="checkbox"/> 車いすの利用スペースの確保
<input type="checkbox"/> 個室対応が必要	<input type="checkbox"/> その他( )

◎情報伝達方法

--

◎その他特に留意すべき事項

--

★非常持出品にお薬手帳や服薬中の薬をお忘れなく!!

作成日: 年 月 日