

個 別 避 難 計 画 書

////

フリガナ		世帯主			
氏 名		生年 月 日	年 月 日	性別	
住 所		行政区／ 世帯番号		- - - -	
連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
	携帯電話番号	メールアドレス			
避難支援を必要とする理由		<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"/> 手帳所持 障害名 (_____) 等級 _____ <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
避難時に配慮しなくてはならない事項 (該当項目に☑してください。)		<input type="checkbox"/> 引きこもり・閉じこもり <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 足腰等弱者 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 (補聴器の使用 有・無) <input type="checkbox"/> 状況判断困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
常時使用する装具・器具		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> 痰吸引器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

同居家族等	同居者人数 人、日中の状況 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ)
-------	---

緊急時の連絡先①	フリガナ				
	氏 名 (団体名)				
	住 所				
	連絡先	電話番号		携帯電話番号	
		メールアドレス			
緊急時の連絡先②	フリガナ				
	氏 名 (団体名)				
	住 所				
	連絡先	電話番号		携帯電話番号	
		メールアドレス			
【特記事項】	普段いる部屋	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 洋間 <input type="checkbox"/> 2階 の <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 北 向きの、 <input type="checkbox"/> 和室に在室			
	寝室の位置	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 洋間 <input type="checkbox"/> 2階 の <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 北 向きの、 <input type="checkbox"/> 和室に在室			
	備考				

医療情報	かかりつけの医療機関			
	主な傷病名等			
避難支援者情報①	フリガナ			
	氏名 (団体名および代表者)			
	住所			
	連絡先	電話番号	携帯電話番号	
		メールアドレス		
避難支援者情報②	フリガナ			
	氏名 (団体名および代表者)			
	住所			
	連絡先	電話番号	携帯電話番号	
		メールアドレス		
避難場所等情報 ※位置・経路・移動するまでの注意すべき事項など				
<p>避難場所</p> <p>※一般避難所への避難 <input type="checkbox"/>可能 <input type="checkbox"/>やや困難 <input type="checkbox"/>支援が必要（移動手段・介護・その他（ ））</p> <p>自宅周辺の環境(河川、沢、傾斜地など)</p>				

令和 年 月 日

- 上記について、避難支援等関係者に共有することに同意します。
避難行動要支援者名簿の登載に同意します。

氏名 _____
(代理人) _____ (本人との関係) _____

(処 理 欄)

内容確認		入力

※調査方法 面接 ・ 口頭
調査担当者:
所属長: