

個別避難計画

整理番号

1. 基本情報

フリガナ			性別		生年月日			
氏 名			性別		年 齢	歳	世帯人数	人
住 所								
連絡先	自宅電話				携帯電話			
行政区			自治会			民生委員		
避難支援等を必要とする事由								
希望する避難支援	☐ 安否確認 ☐ 避難付き添い ☐ 車椅子搬送 ☐ ストレッチャー・リヤカー搬送 ☐ 乗用車等で搬送 ☐ その他 ()							
認定区分	介護			身体			知的	精神
建 物	種別	☐ 戸建て ☐ 長屋 ☐ 共同住宅 ☐ その他 ()						
	階数	☐ 平屋 ☐ 2階建 ☐ __階建		普段いる場所	階	就寝場所	階	

2. 緊急時連絡先（家族等）

優先順位	フリガナ			住 所	続 柄
	氏 名				
	連絡先	自宅電話		携帯電話	
優先順位	フリガナ			住 所	続 柄
	氏 名				
	連絡先	自宅電話		携帯電話	

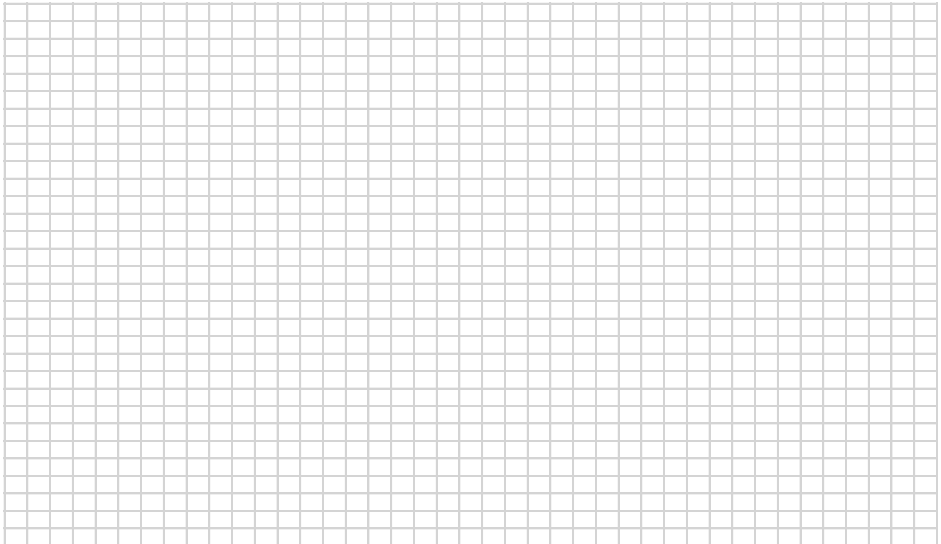
3. 避難支援等実施者（候補者） ※家族や地域で日常生活の見守りや災害時の避難を支援してくれる人

1	フリガナ			住 所	関 係
	氏 名 名 称				
	連絡先	自宅電話		携帯電話	
	支 援 内 容	☐ 安否確認 ☐ 避難付き添い ☐ 車椅子搬送 ☐ ストレッチャー・リヤカー搬送 ☐ 乗用車等で搬送 ☐ その他 ()			
2	フリガナ			住 所	関 係
	氏 名 名 称				
	連絡先	自宅電話		携帯電話	
	支 援 内 容	☐ 安否確認 ☐ 避難付き添い ☐ 車椅子搬送 ☐ ストレッチャー・リヤカー搬送 ☐ 乗用車等で搬送 ☐ その他 ()			

4. 医療機関、介護事業所、障がい事業所

かかりつけ医1	医療機関名		主な疾患	
かかりつけ医2	医療機関名		主な疾患	
居宅介護支援事業所			担当 CM	
相談支援事業所			担当相談員	

5. 避難先・避難経路等

危険区域該当 ／避難場所 (該当する場合☑)	土砂災害		津 波		水 害	
	☐	避難場所	☐	避難場所	☐	避難場所
	火 山		福祉避難所			
	☐	避難場所	☐ 不要 ☐ 必要	施設等		
避難経路 (自宅→避難場所)						

6. 避難時に配慮が必要な事項

身体状況	☐ 立つことや歩行ができない ☐ 物が見えない（見にくい） ☐ 危険なことを判断できない ☐ その他（ ）			☐ 音が聞こえない（聞き取りにくい） ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない		
移動時	☐ 杖が必要 ☐ 乗用車等での搬送が必要			☐ 車椅子が必要 ☐ 担架・ストレッチャーが必要 ☐ その他（ ）		
医薬品	☐ 血圧の内服薬 ☐ 眠剤、精神安定剤			☐ 糖尿病の内服薬 ☐ 点眼薬 ☐ 喘息の薬 ☐ その他（ ）		
補装具等	☐ 眼鏡 ☐ 補聴器 ☐ 入れ歯			☐ 歩行補助杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☐ その他（ ）		

7. その他の情報

継続している医療・福祉サービス等、日常の介護者	
-------------------------	--

<特記事項>

--