

わたしの避難計画

整理番号

1. 避難する人（避難行動要支援者）

フリガナ			性別		生年月日			
氏名			性別		年齢	歳	世帯人数	人
住所	にかほ市							
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	☐ 75歳以上のみ高齢者世帯 ☐ 要介護3～5 ☐ 身体障害1・2級 ☐ 療育A ☐ 精神障害1・2級 ☐ 難病患者 ☐ その他（ ）							
認定区分	介護			身体			療育	
	障害支援区分			難病・特定疾患				
建物	種別	☐ 戸建て ☐ 集合住宅 ☐ その他（ ）						
	階数	☐ 平屋	☐ 2階建	☐ 階建	普段いる場所	階	就寝場所	階
希望する避難支援	☐ 避難情報を伝える ☐ 避難しているかの確認 ☐ 避難先まで一緒に行く ☐ 車椅子搬送 ☐ 乗用車等で搬送 ☐ その他（ ）							

2. 緊急時連絡先（家族等）

連絡先1	フリガナ			住所				続柄
	氏名							
	連絡先	自宅電話			携帯電話			
連絡先2	フリガナ			住所				続柄
	氏名							
	連絡先	自宅電話			携帯電話			

3. あなたの避難を支援する家族や知人、関係者等（避難支援等実施者）

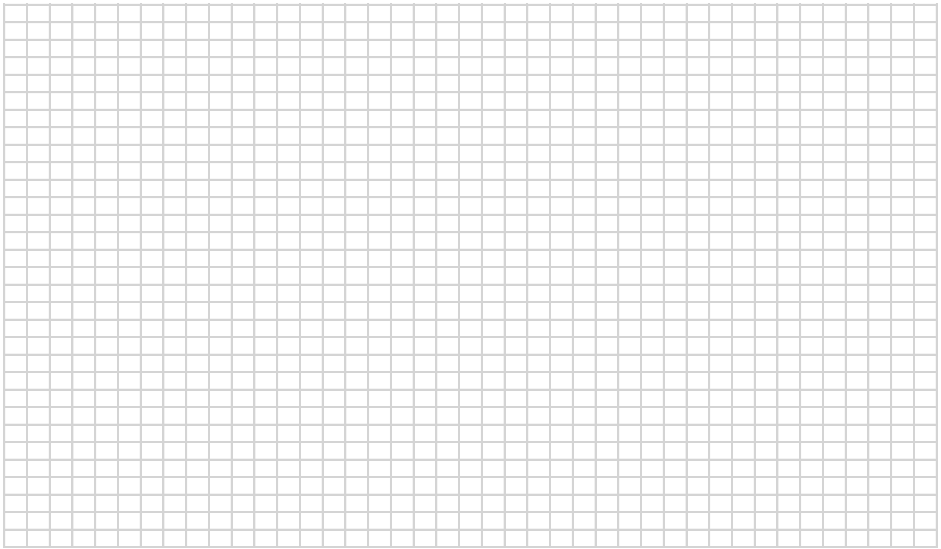
【注意】 避難支援等実施者本人から、あなたの避難支援等実施者になることについて同意を得た上でご記入ください。

避難支援者1	フリガナ			住所				関係
	氏名称							
	連絡先	自宅電話			携帯電話			
	支援内容	☐ 避難情報を伝える ☐ 避難しているかの確認 ☐ 避難先まで一緒に行く ☐ 車椅子搬送 ☐ 乗用車等で搬送 ☐ その他（ ）						
避難支援者2	フリガナ			住所				関係
	氏名称							
	連絡先	自宅電話			携帯電話			
	支援内容	☐ 避難情報を伝える ☐ 避難しているかの確認 ☐ 避難先まで一緒に行く ☐ 車椅子搬送 ☐ 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

かかりつけ医療機関1		電話	
かかりつけ医療機関2		電話	
居宅介護支援事業所		電話	
障害相談支援事業所		電話	

5. 避難先・避難経路等

災害危険区域 (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
避難場所／避難所	火 山		一般避難所 (他施設でも開設される場合あり)		福祉避難所 (市が必要と認めた場合)	
	☐	避難場所				
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(困難) ☐ 音が聞こえない(聞き取りにくい) ☐ 物が見えない(見にくい) ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ その他()	
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()
避難先	☐ 食事の介助が必要 ☐ 特に介助等の必要はない ☐ ペットがいる	☐ トイレの介助が必要 ☐ 移動の介助が必要 ☐ 医療的ケアが必要(医療機器等を使用) ☐ その他()

7. 避難時に必要な持ち物・常時使用する器具等

医薬品	☐ 血圧の内服薬 ☐ 糖尿病の内服薬 ☐ 喘息の薬 ☐ 眠剤、精神安定剤 ☐ 点眼薬 ☐ その他()		
補装具等	☐ 眼鏡 ☐ 補聴器 ☐ 歩行補助杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☐ 入れ歯 ☐ おむつ ☐ その他()		
医療機器	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 痰吸引器 ☐ 人工透析 ☐ 経管栄養 ☐ ストーマ ☐ その他()		

8. 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	