

## 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	フクシ 太郎		性別	男	生年月日	S●年●月●●日	
氏名	福祉 太郎		年齢	●歳	世帯人数	1人	
住所	にかほ市平沢字鳥ノ子淵21番地						
連絡先	自宅電話	32-3041		携帯電話	000-0000-0000		
行政区	鳥ノ子淵	自治会	にかほ自治会	民生委員	民生 児童子		
避難支援等を必要とする事由	<input checked="" type="checkbox"/> 75歳以上のみ高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3~5 <input type="checkbox"/> 身体障害1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神障害1・2級 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> その他( )						
認定区分	介護	要介護3	身体	療育	精神		
建物	種別	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他( )					
	階数	<input type="checkbox"/> 平屋	<input type="checkbox"/> 2階建	<input type="checkbox"/> 階建	普段いる場所	階	就寝場所
希望する避難支援	<input type="checkbox"/> 避難情報を伝える <input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難先まで一緒に行く <input type="checkbox"/> 車椅子搬送 <input type="checkbox"/> 乗用車等で搬送 <input type="checkbox"/> その他( )						

### 2. 緊急時連絡先（家族等）

連絡先1	フリガナ	チョウジュ 一郎	住所		続柄	
	氏名	長寿 一郎		〇〇県〇〇〇市〇〇町〇〇	長男	
	連絡先	自宅電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
連絡先2	フリガナ	コシダテ ハナ	住所		続柄	
	氏名	子育 花子		にかほ市平沢字鳥ノ子淵〇〇	長女	
	連絡先	自宅電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

### 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	ヒナン 助男	住所		関係	
	氏名称	避難 助男		にかほ市平沢字鳥ノ子淵〇〇	近隣者	
	連絡先	自宅電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	支援内容	<input type="checkbox"/> 避難情報を伝える <input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難先まで一緒に行く <input type="checkbox"/> 車椅子搬送 <input type="checkbox"/> 乗用車等で搬送 <input type="checkbox"/> その他( )				
避難支援者2	フリガナ	ニカホジカイ	住所		関係	
	氏名称	にかほ自治会			自治会	
	連絡先	自宅電話		携帯電話		
	支援内容	<input type="checkbox"/> 避難情報を伝える <input type="checkbox"/> 避難しているかの確認 <input type="checkbox"/> 避難先まで一緒に行く <input type="checkbox"/> 車椅子搬送 <input type="checkbox"/> 乗用車等で搬送 <input type="checkbox"/> 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	〇〇医院	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
かかりつけ医療機関2	〇〇総合病院	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
居宅介護支援事業所	〇〇居宅介護支援事業所	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
障害相談支援事業所		電話	

## わたしの避難計画(記入方法)

### 1. 避難する人（避難行動要支援者）

- 氏名から認定区分までの情報は、市が名簿等で保有している情報を基に事前に印字していますので、誤り等がないか確認し、誤り等があった場合は修正します。空欄の箇所は、必要に応じて追記してください。
- 建物情報は、該当箇所にと数字を入れます。
- 希望する避難支援は、ご自分（ご本人）の状態に応じて、災害時に必要な支援を選んでください。ただし、希望した支援内容が全て実施されることを保証するものではありません。

### 2. 緊急時連絡先（家族等）

- ご自分（ご本人）以外の同居家族がいる方は、その家族の方を記載してください。
- ご自分（ご本人）以外の同居家族がいない方は、基本的にご自分（ご本人）から見て一番近い親族（判断や責任がとれる子や兄弟等）を記載してください。

### 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）

- 同居家族がいる方は、同居の家族（子など）を記載してください。
- 同居家族はいないが、近くに家族や親族等がいる方は、災害時に駆け付けが可能な地域に居住している家族や親族、近隣住民で面倒をみてくれる方を記載してください。
- 避難支援等が可能な家族や親族等がいない方は、地域の支援団体等（自治会、自主防災組織、消防団、民生児童委員など）による支援が受けられないか相談してください。

※避難支援等実施者ご本人からこの計画に記載されていることについて必ず同意を得てください。

### 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について、医療機関名及び電話番号を記載してください。
- 居宅介護支援事業所及び障害相談支援事業所については、該当する方には印字しています、必要に応じて追記・修正してください。

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	
	<input type="checkbox"/>	避難場所 〇〇小学校	<input checked="" type="checkbox"/>	避難場所 〇〇自治会館	<input type="checkbox"/>	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)	
	<input type="checkbox"/>	避難場所	〇〇公民館			
避難経路 (自宅→避難場所)						

5. 避難先・避難経路等

- ・ハザードマップを参考に、自宅のある場所が危険区域に該当する場合は、その災害に☑してください。
- ・災害の種類ごとに自治会等で決められた避難場所（避難所）を記載してください。
- ・一般避難所は、災害時に最初に開設される最寄りの公民館を記載してください。
- ・福祉避難所の記載は不要です。（市が必要な方に対して別途記載します。）
- ・避難経路については、自宅から避難場所（避難所）までの経路を地図や文章で記載してください。記載がない場合は、市が自宅から避難場所（避難所）までの最短距離の経路を記載します。

6. 避難時に配慮が必要な事項

- ・身体状況及び移動時については、ご自分（ご本人）の状態に応じて、それぞれ該当箇所に☑してください。
- ・避難先については、ご自分（ご本人）の状況や希望に応じて、それぞれ該当箇所に☑してください。

6. 避難時に配慮が必要な事項

身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない（困難）	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい）
	<input checked="" type="checkbox"/> 物が見えない（見にくい）	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい
移動時	<input type="checkbox"/> 杖が必要	<input type="checkbox"/> 車椅子が必要
	<input checked="" type="checkbox"/> 乗用車等での搬送が必要	<input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャーが必要
避難先	<input type="checkbox"/> 食事の介助が必要	<input checked="" type="checkbox"/> トイレの介助が必要
	<input type="checkbox"/> 特に介助等の必要はない	<input checked="" type="checkbox"/> 移動の介助が必要
	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要（医療機器等を使用）
	<input type="checkbox"/> ペットがいる	<input type="checkbox"/> その他（ ）

7. 避難時に必要な持ち物・常時使用する器具等

- ・医薬品については、普段服薬しているお薬に☑してください。該当するお薬がない場合は、その他に記載してください。
- ・補装具等については、普段身に付けている又は使用している物に☑してください。該当する物がない場合は、その他に記載してください。
- ・医療機器については、医療的ケア児（者）の方で、普段使用している機器等に☑してください。該当する物がない場合は、その他に記載してください。

7. 避難時に必要な持ち物・常時使用する器具等

医薬品	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧の内服薬	<input type="checkbox"/> 糖尿病の内服薬	<input type="checkbox"/> 喘息の薬
	<input type="checkbox"/> 眠剤、精神安定剤	<input type="checkbox"/> 点眼薬	<input type="checkbox"/> その他（ ）
補装具等	<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 歩行補助杖
	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 歩行器
医療機器	<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"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 経管栄養
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

8. その他の情報

- ・透析等による定期通院、デイサービスやショートステイ等による介護サービスなどの利用により、毎週不在の日が多い方は、通院状況や介護サービスの利用状況などを記載してください。
- ・特記事項については、上記の内容以外に必要な情報があれば記載してください。

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	介護者：妻 透析：毎週火・金の2回（〇〇総合病院） デイサービス：毎週木曜日（〇〇デイサービスセンター）
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症につき、昼夜を問わず徘徊があり、集団避難場所での生活が不安。</li> <li>・歩くのが遅く、避難場所まで時間がかかり、車イスやリヤカーでの移動が望ましい。</li> <li>・妻も高齢で、状況によっては、妻も支援が必要。</li> <li>・近所に住んでいる長女も時間帯によっては駆け付けることができる。</li> <li>・近隣に親戚もおり、状況によっては、相談・指示を仰ぐことができる。</li> </ul>

※記載時の留意点

- ・災害時の避難などにおける緊急的な支援の為に最低限必要となる情報を記載してください。