

複製厳禁

取扱注意

## 避難行動要支援者 個別避難計画

## 1. 避難支援等を必要とする方の情報

番号	フリカナ			
	氏 名			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
性別				男・女
郵便番号				電話番号
住所				
支援レベル	<input type="checkbox"/> 避難に医療的な処置が必要な専門性を要する（自力で動けない） <input type="checkbox"/> 声かけと車いすや手引き等の手助けをうけて避難ができる（自力で動けるが一部介助が必要） <input type="checkbox"/> 声かけで杖などで自力歩行で避難ができる（自力で動ける）			
所属する自治区	( )・未加入	地区の民生委員		
避難時に配慮しなくてはならない事項 (あてはまるものすべてに☑をお願いします)	<input type="checkbox"/> 立つ事や歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 物がみえない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険な事を判断できない <input type="checkbox"/> 顔をみても知人や家族と分らない <input type="checkbox"/> その他 <small>（かかりつけ医、担当の介護支援専門員又は相談支援専門員、医療器具の使用状況などを記入してください。）</small>			
避難支援が可能な親族等の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 市内にいる <input type="checkbox"/> 市外にいる <input type="checkbox"/> いない 関係 ( )			
緊急時の連絡先①	フリカナ			
	氏 名			
	住所			
	連絡先(携帯番号)			
緊急時の連絡先②	フリカナ			
	氏 名			
	住所			
	連絡先(携帯番号)			
特記事項	普段いる部屋			
	寝室の位置			
	不在時の目印			
	避難済みの目印			
	その他			

2. 避難に協力をしてくれる人

避難支援者①	フリカナ	登録者と の関係	
	氏名		
	住所		
	連絡先（携帯番号）		
避難支援者②	フリカナ	登録者と の関係	
	氏名		
	住所		
	連絡先（携帯番号）		

3. 避難場所等情報

避難第1候補	避難場所（安全な親戚やホテル等）	避難方法（タクシー、徒歩、車椅子等）
避難第2候補	避難場所（市の避難所等）	避難方法（タクシー、徒歩、車椅子等）
避難場所 までの経路・注 意事項		

令和 年 月 日

上記避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、下妻市に報告するとともに避難支援者と共有することを了承します。

氏名 \_\_\_\_\_

作成者（職氏名） \_\_\_\_\_