

取扱注意

避難行動要支援者個別避難計画

- この個別避難計画は、自主防災会、自治会、民生委員児童委員等の避難支援等関係者と共有します。
- この個別避難計画に関する情報は、災害時の避難支援活動、安否確認、日頃の見守りなどの支援活動以外の用途に使用することはできません。
- この個別避難計画は、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また避難支援等実施者などの関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

学 区				自 治 会			
フリガナ				性別	生年月日	年 月 日	
氏 名							
住 所	〒			自宅電話(FAX)			
				携 帯 電 話			
代理記載及び申請の場合	氏 名			登録者との関係			
緊急時の 家族等の 連絡先	氏名			続 柄	自宅電話		
	住所	〒			携帯電話		
	氏名			続 柄	自宅電話		
	住所	〒			携帯電話		
同居状況等	同居家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			住居の種別	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(平屋) <input type="checkbox"/> 戸建住宅(2階建以上)		
	※ありの場合 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯				<input type="checkbox"/> 共同住宅(階建) ※(階部分に居住)		
	<input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、日中独居である			緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ医	医療機関名				TEL		
	医療機関名				TEL		
特記事項	ハザードの情報：土 砂 ・ 浸 水 家屋の耐震基準：旧耐震 ・ 新耐震						

要支援者の状況	生命にかかわる医療機器	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	吸 引 器	<input type="checkbox"/>	在 宅 酸 素
介護認定	療育手帳	障害のある部位	<input type="checkbox"/>	視 覚 障 害	その他		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由(上肢)	<input type="checkbox"/>	心臓機能障害	<input type="checkbox"/> 寝 た き り	<input type="checkbox"/>	難病患者等
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由(体幹)	<input type="checkbox"/>	呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 認 知 症	<input type="checkbox"/>	小 児 慢 性
精神障害者 手帳	身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 肢体不自由(下肢)	<input type="checkbox"/>	免疫機能障害	<input type="checkbox"/> 外 国 人	<input type="checkbox"/>	乳 幼 児
		<input type="checkbox"/> 聴覚平衡機能障害	<input type="checkbox"/>	腎臓機能障害	留意事項(自由記載)		
		<input type="checkbox"/> 膀胱・直腸機能障害	<input type="checkbox"/>	小腸機能障害	ハザードの情報：土 砂 ・ 浸 水 家屋の耐震基準：旧耐震 ・ 新耐震		
		<input type="checkbox"/> 音声言語そしゃく機能 障	<input type="checkbox"/>	肝臓機能障害			

避難支援等 実施者 (避難誘導、安 否確認等)	第1	氏名		続柄 ()	自宅電話		携帯電話	
		住所	〒				<input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難誘導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	第2	氏名		続柄 ()	自宅電話		携帯電話	
		住所	〒				<input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難誘導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	第3	氏名		続柄 ()	自宅電話		携帯電話	
		住所	〒				<input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難誘導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
民生委員					自宅電話		携帯電話	
治療中の病気								
治療内容								
介護・福祉 サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 紙おむつ券 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ストマ用具 <input type="checkbox"/> 後見人または権利擁護 <input type="checkbox"/> その他 ()							
介護・福祉 サービスの 主な事業所								
アレルギー								
補装具、医 療や介護に 必要な器具	器 具 名							
	メ ー カ ー 名							
	取扱店連絡先							
情報伝達方法								
避難先①					避難先②			
避難方法								
避難した 場合、特 に注意す べき事								
計画作成者 または 様式利用者	<input type="checkbox"/> 大津市からの依頼 <input type="checkbox"/> 任意に作成				氏 名			
	団体名				電話番号			

上記記載内容に誤りがないことを確認し、個別避難計画の意義を理解するとともに、避難支援等関係者および大津市に提供することを了承します。

また、個別避難計画に掲載されている情報について、避難行動要支援者名簿と情報を共有することを了承します。

年 月 日

本人署名

代理人署名