

避難行動要支援者個別支援計画

氏名・生年月日を記入していただき、次のどちらかにチェックを入れてください。

氏名

生年月日

在宅で生活しています。

⇒以下に必要事項を記入し、個別支援計画を作成してください。

施設入所又は長期入院中のため名簿登録の対象外です。

⇒以上で終了です。

1. 本人(避難行動要支援者)に関すること

フリガナ		性別		血液型	
氏名		生年月日			
住所				電話番号	自宅
					携帯
					FAX
世帯構成	氏名	続柄	年齢	電話番号	
町内会・自治会名	□未加入		民生委員		
避難所					

2 避難支援等を必要とする理由

該当する項目に全て☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない	<input type="checkbox"/> 危険な事を判断できない
	<input type="checkbox"/> 目が見えない(見えにくい)	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい
	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえない(聞こえにくい)	<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族と分からない
	<input type="checkbox"/> 車椅子を使っている	<input type="checkbox"/> その他 ()

3 支援区分 「A・B・C」のうち、1つにチェック☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> A 自分で歩けない方 (例)車いすなどのため、避難に介助が必要
<input type="checkbox"/> B 自分で歩けるが、歩行に不安がある方 (例)足腰が弱い(杖など)、知的障害など、避難所まで同行が必要
<input type="checkbox"/> C 自分で歩けるが、情報入手や避難判断に不安がある方 (例)自分で避難所まで行けるが、安否確認や声かけが必要

4 緊急時の連絡先

	フリガナ 氏名	続柄	住所	電話番号
①				

5 避難支援者

	フリガナ 氏名	続柄	住所	電話番号
①				
②				

6 医療情報など

避難時に必要なもの		持病	
かかりつけ 医療機関	TEL	主治医	
日中よくいる場所 (障害者施設など)	TEL	支援者・ケ アマネ・相談 員	TEL

7 その他特に伝えたいこと

8 個人情報提供の同意

避難行動要支援者は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者(地域等)から災害時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身やその家族等の安全確保が前提であり、同意によって、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、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

私は、上記内容を理解し、避難の支援、安否確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、私が登録した個人情報を、消防機関、警察、民生委員、社会福祉協議会、町内会・自治会、自主防災組織等その他の避難支援等の実施に携わる関係者及び市の関係部局に提供し、避難支援等に活用することに
(次のいずれかにチェックしていただけます。)

同意します。

同意しません。

年 月 日 氏名 _____
保護者又は
代理人氏名 _____

続柄() _____