



取扱注意

避難行動要支援者避難支援計画(個別計画)

- この個別計画は、支援者及び自主防災会、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障するものではなく、また避難支援者等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

令和1年7月20日

学 区	〇〇		自治会	◇◇町	
フリガナ	材ツ 知ツ		男	生年月日	大正5年7月15日 生
氏 名	大津 太郎			(年齢)	(104 歳)
住 所	〒 899-2103 〇〇市◇◇町 2 0 番地 2 3 号 4 7 (2 行出力)		自宅電話(FAX)	000-0000-0001	
			携帯電話	090-0000-0001	
代理記載及び申請の場合	氏 名	大津 美智子		登録者との関係	妻
緊急時の家族等の連絡先	氏名	大津 美智子		続 柄	妻
	住所	〒 899-2103 〇〇市◇◇町 2 0 番地 2 3 号 4 7 (3 行出力)		自宅電話	000-0000-0001
	氏名	相※ ※※		続 柄	隣人
	住所	〒 899-2102 〇〇市〇〇口町 4 5 1 4 番地 1 (3 行出力)		自宅電話	000-0000-0001
同居状況等	同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		住居の種別 (一戸建てorアパート・マンション)や普段 いる部屋(寝室orリビングor離れの家など)		別紙のとおり
	<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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
かかりつけ医	医療機関名	医師会※※神経外科		TEL	111-111-1111
	医療機関名	※※ひふ科クリニック		TEL	111-111-1112
特記事項					

対象者区分	要支援者(同意有)		生命にかかわる医療機器	在宅酸素, 吸引器, 人工呼吸器	
要支援者の状況	高齢者	介護認定	身体障害者手帳	療育手帳	その他
	高齢者のみ世帯	要介護3	視覚, 聴覚平衡, 音声言語そしゃく, 下肢(足)	1級	A1
	精神障害1級, 難病患者等				
留意事項					

<裏面へ続く>

避難支援者 (避難誘導、安否確認等)	第1	氏名	有※ ※※	自宅電話	000-0000-0001	携帯電話	090-0000-0001
		住所	〒 899-2101 〇〇市※※町 7 8 番地 2 3 号 4				
	第2	氏名	相※ ※※	自宅電話	000-0000-0001	携帯電話	090-0000-0001
		住所	〒 899-2101 〇〇市※※町 7 8 番地 2 3 号 4				
	第3	氏名	相※ ※※	自宅電話	000-0000-0001	携帯電話	090-0000-0001
		住所	〒 899-2101 〇〇市※※町 7 8 番地 2 3 号 4				
民生委員	民生 太郎			自宅電話	000-0000-0001	携帯電話	090-0000-0001
治療中の病気	認知症 (2行出力)						
治療内容	ディサービスでリハビリを受けている (2行出力)						
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(〇〇) (2行出力)						
介護・福祉サービスの主な事業所	(20文字出力)						
アレルギー	〇〇 (2行出力)						
補装具、医療や介護に必要な器具	器具名	車いす					
	メーカー名	株式会社※※					
	取扱店連絡先	大津店 (0000-0000-0000)					
情報伝達方法	認知症の為、妻に連絡 (2行出力)						
避難所①	〇〇福祉施設			避難所②	〇〇体育館		
避難手段	車椅子にて移動						
避難した場合、特に注意すべき事	大きな声で誘導すると驚き、混乱する可能性がある。						
計画作成者	団体名			氏名(電話)	作成者太郎 (090-0000-0001)		

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

年 月 日

本人署名

代理人署名