**個別避難計画**

**（地区グループ作成用）**

**（ふりがな）**

**対象者氏名**

**地区名**

**登録番号**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成日 | 年　　月　　日 | 作成者 |  | 確認者 |  |
| 更新日 | 年　　月　　日 | 更新者 |  | 確認者 |  |
| 更新日 | 年　　月　　日 | 更新者 |  | 確認者 |  |

【注意事項】

作成者は、登録者基本情報などあらかじめ確認した事項が記載されている「避難行動要支援者登録申請」を参考にしながら、本人又は家族等から情報を得る。その際、情報に相違があった場合は、必ず訂正する。

作成者は、対象者自宅周辺のハザードマップおよび近隣の避難所の確認を行ってから訪問する。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１ 登録者基本情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　マニュアルP9** | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | **身長** | **体重** | | **血液型** | | **緊急通報システムの設置** |
| **男・女** | | | |
| **㎝** | **㎏** | | **型** | | **□有　　□無** |
| **生年月日** | **年　　月　　日生（　　歳）** | | | | **緊急時の家族の連絡先** | | | | | |
| **□同居　　（２名）氏名・続柄（　　　　　　　　　　）**  **□同居以外（　名）氏名・続柄（　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **世帯主** |  | | **続　柄** |  |
| **世帯人数** | **人** | **連絡先①** | | **自宅** | |  | |
| **住　所** | **〒９１０－**  **永平寺町** | | | | **勤務先** | |  | |
| **携帯電話** | |  | |
| **電話番号** | **自　宅** | **0776-** | | | **連絡先②** | | **自　宅** | |  | |
| **FAX** |  | | | **勤務先** | |  | |
| **携帯電話** |  | | | **携帯電話** | |  | |
| **自宅付近のハザード** | | **□土砂災害（　　　　　）□洪水（　浸水計画0m/浸水想定0m　）** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **２ 支援に関する情報**　　　　　　　　　　　　　　　　マニュアルP10 | | | | | | | | | | | | |
| 支援 区分 | | □ひとり暮らし高齢者　　　 　　　　　　 □高齢者のみの世帯  □介護保険：要介護（要支援）（　　）　 □障害のある人 （　　　　）  □医療的ケア必要者  □コミュニケーションが取りづらい人　 □日本語に不慣れな人  □その他： | | | | | | | | | | |
| 支援が必要な理由 | | □手が不自由　　　□足が不自由　　　□目が不自由　　　□耳が不自由  □病弱　　　　　　□その他： | | | | | | | | | | |
| 本人の状態 | | 主な疾患名 | | | | | |  | | | | |
| 【かかりつけ医】 | | | | | | TEL： | | | | |
| 使用している薬剤名 | | | | | |  | | | | |
| 【かかりつけ薬局】 | | | | | | TEL：  　　　　　　　　　　　　　　お薬手帳　　有　　無 | | | | |
| 使用している医療機器  使用している介護機器 | | | | | |  | | | | |
| 【取引業者名】 | | | | | | TEL： | | | | |
| **３ 関係者確認欄**　　　　　　　　　　　　　　　　　　マニュアルP11 | | | | | | | | | | | | |
| 避難支援に関係する機関・担当者名 | | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| 区長 | | | | | | |  | | | |  | |
| 副区長 | | | | | | |  | | | |  | |
| 自主防災会長 | | | | | | |  | | | |  | |
| 民生委員・児童委員 | | | | | | |  | | | |  | |
| 担当ケアマネージャー | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
| **４ 地域避難支援者**　　　　　　　　　　　　　　　　マニュアルP12 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 氏名 |  | | | | | | | | □近隣者  □その他（　　 　　　　） | | |
| 住所 | 永平寺町 | | | | | | | | 連絡先 | |  |
| 不在になる時間帯 | | | | |  | | | | | | |
| 2 | 氏名 |  | | | | | | | | □近隣者  □その他（　　 　　　　） | | |
| 住所 | 永平寺町 | | | | | | | | 連絡先 | |  |
| 不在になる時間帯 | | | |  | | | | | | | |
| 3 | 氏名 |  | | | | | | | | □近隣者  □その他（　　 　　） | | |
| 住所 | 永平寺町 | | | | | | | | 連絡先 | |  |
| 不在になる時間帯 | | |  | | | | | | | | |
| **５ 避難支援に関する情報**　　　　　　　　　　　マニュアルP12 | | | | | | | | | | | | |
| 希望する 避難場所 | | | □広域避難所（　　　　　　　）　 □福祉避難所 （　　　　　　　　）  □友人・知人宅　　　　　　　　　 □ホテル･旅館（　　　　　　　 ）  □その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | | | | | |
| 自宅内における  生活場所  （図で示す） | | | 昼間過ごす部屋の位置： | | | | | | 寝室の位置： | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 災害時の 避難方法  ・避難所の場所  ・避難経路  ・移動距離など | | | 避難場所：  避難所までの距離（　　　）ｋｍ　（　　　）で（　　　）分 | | | | | | | | | |
| 避難時に支援してほしい内容 | | | 移動手段　　　□車　　□車椅子  事業所の支援　□必要　□不要  希望支援車両： | | | | | | 誘導、介助　　□必要　　□不要  介助内容：  介助者： | | | |
| 物品移動　　　□必要　□不要  物品名称： | | | | | | □その他  支援内容： | | | |
| その他、配慮が必要な事項 | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **６ 日課**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　マニュアルP13 | |
| 時間 | 内容 |
|  | 起床  朝食  昼食  夕食  就寝 |
| 週 | 内容 |
|  | ディサービスや訪問看護などを利用していたら記載する  ディサービス利用事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  週（　　　）回・曜日（　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　）時～（　　　　　　　）時までくらい |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **７ 避難時持ち出し物品**　　　　　　　　　　　　　　　　マニュアルP14 | | |
| **物品名（メーカー）** | **個数** | **保管場所** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |