個別避難支援プラン　　**作成日：◯◯年××月△△日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | さいたま　太郎 | 性別 | 男 | 生年月日 | 昭和◯◯年×月△日 | |
| 住所 | さいたま市　　　浦和区　常盤６－４－４　１０１号室 | | | | | |
| 避難支援  担当者① | 北　桜子 | | | 連絡先 | ◯◯◯―×××―△△△ | |
| 避難支援  担当者② | 南　三郎 | | | 連絡先 | ◯◯◯―×××―△△△ | |
| かかりつけ医 | 見沼医院 | | | 連絡先 | ◯◯◯―×××―△△△ | |
| 病名 | 糖尿病性網膜症 | | | アレルギー | なし | |
| 飲んでいる薬 | 朝・夕の１日２回　インスリン注射 | | | 血液型 | O　型 | Rh ＋ |
| 伝えたいこと |  |  |  |  |  |  |
| ■歩くことが困難  □音が聞こえない、聞き取りにくい  ■ものが見えない、見えにくい  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  伝えたいこと  目が悪いため、大きめな声で話しかけると伝わりやすい  手をつないで声掛けをしながら誘導 | | | | | | |
|
| 避難所名 | 中央小学校 | | | | | |

※災害時には、避難支援担当者も被災者となりえます。そのため、災害時の支援が必ず保証されるものではないことを、ご理解くださいますようお願いいたします。