避難支援プラン・個別計画書（記入例）

No.

**１．避難行動要支援者の情報　　　　　　　　　　作成日：○○年××月△△日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） | | さいたま　　　　　　たろう | | 生年月日 | | ㍾・㍽・㍼・㍻・令和  **○○**年××月**△△**日 | |
| 氏名 | | さいたま　太郎 | |
| 住所 | | さいたま市浦和区常盤６－４－４  １０１号室 | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 血液型 | | Rh ＋・－　　Ｏ型 | |
| 電話番号  ＦＡＸ | | 電話・ＦＡＸ**○○○―×××―△△△△** | | 自治会名  自主防災組織名 | | ○○自主防災会 | |
| 携帯電話番号 | | **○○○―××××―△△△△** | | 担当民生・児童委員名 | | ○○　○○ | |
| 日中連絡先 | | 名称 | さいたま防災安心センター | | | | |
| 電話番号 | **○○○―×××―△△△△** | | | | |
| 同居家族 | | | 無　　　・　　　有（　　　１人） | | | | |
| 家族等連絡先 | 氏名 | | 住所 | | 連絡先 | | 続柄 |
| さいたま　緑 | | 同居 | | ℡**○○○―××××―△△△△** | | 妻 |
| (その他) | |
| さいたま　次郎 | | さいたま市西区西大宮３丁目４番地２ | | ℡**○○○―××××―△△△△** | | 弟 |
| (その他) | |

**２．支援を必要とする理由**（あてはまる項目をすべて○で囲んでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １. | 高齢のため | 要介護認定：　要支援（１・２）　　要介護（１・２・３・４・５） | |
| ２. | 障害があるため | 身体障害（ 肢・視・聴・内 ） 【　　級】　・ 知的障害　【　　級】 ・  精神障害　【　　級】・その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | |
| ３. | 難病患者のため | 病名　　　（　　　　　　　　） | 留意事項（　　　　　　　　　　） |
| ４. | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  可能な範囲で  記入してください。 | | |

**３．避難支援者の情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難支援者１ | （ふりがな） | きた　さくらこ | | | | | 電話番号 | | | **○○○―××××―△△△△** | | |
| 氏名 | 北　桜子 | | | | | 住所 | | | さいたま市浦和区常盤６－４－４  ３０１号室 | | |
| 区分 | １. | 近隣者 | ２. | | 自治会 | ３. | | 自主防災組織 | | ４. | 民生・児童委員 |
| ５. | 親戚 | ６. | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 避難支援者２ | （ふりがな） | みなみ　さぶろう | | | | | 電話番号 | | | **○○○―××××―△△△△** | | |
| 氏名 | 南　三郎 | | | | | 住所 | | | さいたま市大宮区吉敷町１丁目  １２４番地1 | | |
| 区分 | １. | 近隣者 | | ２. | 自治会 | | ３. | 自主防災組織 | | ４. | 民生・児童委員 |
| ５. | 親戚 | | ６. | その他（　子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

**４．支援情報**

可能な範囲で

記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関 | | | 見沼医院 | | | | 電話番号 | **○○○―×××―△△△△** | | |
| 障害名、その他持病 | | | 糖尿病性網膜症 | | | | 常備薬・  補装具等 | 降圧剤ほか  白杖使用 | | |
| 日常生活での留意事項 | | | 朝・夕　１日２回  インスリン注射 | | | | アレルギー |  | | |
| 身体状況 | １. | 寝たきり | | ２. | 歩行困難 | ３. | 視覚に障害がある | | ４ | 聴覚に障害がある |
| ５. | 避難の必要性等の判断が困難 | | | | ６. | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **情報伝達**時の留意事項  　目が悪いため、大きめの声で話しかけると伝わりやすい。 | | | | | | | | | | |
| **避難誘導**時の留意事項  　手をつなぐ。声掛けをしながら誘導する。 | | | | | | | | | | |
| **避難先**での留意事項  　毎日、朝・夕の１日２回インスリン注射が必要。 | | | | | | | | | | |
| 避難経路図 | （自宅から避難場所までの経路をお書きください） | | | | | | | | | |
| 団地  中央小 | | | | | | | | | | |
| 避難場所名 | 中央小学校 | | | | | | | | | |
| 所在地 | さいたま市岩槻区本町３丁目2番5号 | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | |
| 主な介助者は妻 | | | | | | | | | | |

* 個別計画書に記載されている情報は、避難支援の目的以外には、使用いたしません。

※　災害時は、支援者も被災者になりえます。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。

※　避難行動要支援者名簿（事前提供用名簿）への掲載の同意を取り下げたい場合は、さいたま市役所

福祉総務課へ（TEL 048-829-125３　FAX 048-829-1961）ご連絡ください。（取り下げ手

続きを行っても、避難行動要支援者名簿の条件に合致される場合は、市が管理する名簿（全体用名

簿）には引き続き掲載されます。）