三原市避難行動要支援者避難支援プラン(個別避難計画)

|  |
| --- |
| **１　本人の情報** |
| フリガナ |  | 歳 | ▢ 男 | 生年月日 | 大・昭平・令　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | ▢ 女 |
| ▢ 回答しない |
| 住　　所（居所） | 〒 | 身長 | ｃｍ | 体重 | ｋｇ |
| 自宅電話 |  | 携帯電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 心身の情報 | □ 身体障害者手帳１級・２級　　　　　　　　□ 療育手帳A・Ⓐ□ 精神障害者保健福祉手帳１級　　　　　　　□ 要介護３・４・５□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 関わりのある福祉専門職等 | 事業所名 |  | 電話 |  |
| 担当者名 |  | 電話（夜間） |  |
| **２　世帯の情報** |
| 世帯構成 | ▢ ひとり暮らし　▢ 同居人あり　　 人　全員75歳以上か ▢ はい　▢ いいえ |
| 同居人(代表者) | フリガナ |  | 歳 | 続柄 | 携帯電話 |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 居住地の環境 | ▢ 土砂災害特別警戒区域内（レッド）　▢ 土砂災害警戒区域内（イエロー）▢ 洪水浸水想定区域内　　▢ 津波浸水想定区域内　▢ 高潮浸水想定区域内▢ これら以外 |
| **３　避難に関する情報** |
| 避難先等 | 災害時の避難先　　　　　　　　　　　　 |  自宅 ・ 親類宅 ・ 知人宅 ・ 施設 ・ 避難所　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 避難先名称：  |
| 避難時の支援者 | ▢ 同居人　▢ 親類　▢ 知人・近隣の人　▢ サービス事業所の担当者　▢ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援者名：  | 連絡先： |
| 必要な配慮 | ▢ なし ▢ 食事　▢ 排泄　▢ 移動　▢ 会話　▢ その他（　　　　　） |
| 避難手段 | ▢ 徒歩　▢ 自家用車　▢ タクシー　▢ 介護タクシー　▢ その他（　　 　 ） |
| 介助情報 | ▢ なし(自立)　 ▢ 手繋ぎ誘導　▢ 歩行用具　▢ 車いす　▢ ストレッチャー |
| 必要な医療ケア等 | 医療ケア　　▢ なし　▢ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）薬・注射等　▢ なし　▢ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）かかりつけ病院 ▢ なし　▢ あり（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 特記事項 |  |
| **４　緊急連絡に関する情報（災害時にあなたと連絡が取れない場合の連絡先）** |
| 氏名（又は名称） | 電話番号 | 関係 | 住所 |
|  |  |  |  |

個別避難計画を作成することによって、災害時の支援を保証するものではありません。