

ひなんこうどうようしえんしゃ こべつひなんけいかく  
**避難行動要支援者 個別避難計画**

作成日	更新日				
2022/4/1					

【避難行動要支援者情報】

管理番号	1	2	3	4	5	6	7	
ふりがな	ふくやま たろう				生年月日	19XX/XX/XX		
名前	福山 太郎				性別	男		
住所	〒720-8501, 福山市東桜町3番5号							
電話番号	084-928-1045				FAX番号	084-927-7133		
携帯電話番号	080-XXXX-XXXX							
メールアドレス	fukuyama@cityweb.ne.jp							
避難支援該当理由	<input type="checkbox"/> 一人暮らし(75歳以上) <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯(2人以上, 全員75歳以上) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3以上 <input type="checkbox"/> 身体障がい1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育(A・A) <input type="checkbox"/> 精神障がい1級 <input type="checkbox"/> その他( )							
世帯状況	同居	2	人	日中家で一緒に過ごしている人数	0	人		
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )							

【避難支援について】

災害種類	避難の有無	避難支援の要否	避難先(予定)	その他の避難先
土砂災害	避難しない	—	—	
風水害	避難する	必要(訪問, 移動支援)	近隣の知人・親戚宅	
地震	避難する	必要(訪問, 移動支援)	地域の避難場所	

※避難先に事業所や医療機関を検討している場合は、要支援者本人や家族が日頃より事業者や医療機関と相談し了承を得た後に、避難先(予定)は「その他」を選択し、「その他の避難先」に詳細を記入してください。

【避難場所】

区分	名称	所在地	電話番号
一時避難場所	△△集会所	福山市△△町△—△—△	084-XXX-XXXX
最終避難場所	〇〇小学校	福山市〇〇町〇—〇—〇	084-XXX-XXXX

【避難先への移動】

移動手段	<input type="checkbox"/> 一人で歩行 <input type="checkbox"/> 介助や見守りで歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
必要な配慮	<input type="checkbox"/> 乗車時にシートベルトを嫌がる <input type="checkbox"/> 人見知りや声が激しい <input type="checkbox"/> 場所に対するこだわり <input type="checkbox"/> その他( )

【避難支援団体・避難支援者】

区分	団体名・名前	本人との関係	住所	電話番号
団体	△△町内会			
支援者①	松永 一子	隣人	福山市東桜町〇番〇号	080-XXXX-XXXX
支援者②	北部 三郎	親戚	福山市東桜町△番△号	080-XXXX-XXXX

きんきゆうれんらくさき  
【緊急連絡先】

名前	本人との関係	住所	電話番号
①福山 一郎	子	福山市××町××番	080-XXXX-XXXX
②広島 次郎	友人	広島県広島市××町××番	080-XXXX-XXXX

しょうがいふくし・かいごサービス・いりようじょうほう  
【障がい福祉・介護サービス・医療の情報】

しょうがいしゃてちょうかいごほけんじょうほう 障がい者手帳, 介護保険情報			
身体障がい	—	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
精神障がい	—	療育	要介護度 要介護 3
ふくしりようじょうほうふくすうきにゆうか 福祉サービス利用情報 (複数記入可)			
区分	①相談支援事業所 ※1	②介護支援事業所 ※2	③包括支援センター ※3
事業所名		居宅介護支援事業所〇〇	
担当者名		〇〇〇〇	
電話番号		080-XXXX-XXXX	
①利用時間 (自宅にいない時間)	曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 概ね: 時 ~ 時		
②利用時間 (自宅にいない時間)	曜日: <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 概ね: 10 時 ~ 12 時		
③利用時間 (自宅にいない時間)	曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 概ね: 時 ~ 時		
いりようじょうほうふくすうきにゆうか 医療情報 (複数記入可)			
治療中の病気	糖尿病		
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( エビ )		
使用している薬 ※4	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病・インスリン <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療で必要なもの	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ストーマ <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 排尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
かかりつけ医療機関 (電話番号)	〇〇糖尿病クリニック 084-XXX-XXXX		

- ※1 障がいのある方やその家族の生活・福祉等に関する相談などを行う機関
- ※2 ケアプランの作成や介護相談, 介護保険に関する申請の代行などを行う機関
- ※3 高齢者の総合相談や介護予防に必要な援助などを行う機関
- ※4 名称で伝わりにくい薬は, 薬により抑えられる症状の名称を記載しています。

ひなんばしよでのせいかつかん (しょくじけいはいはいじょうきょうなど), そのたつたておきたいこと  
【避難場所での生活に関すること (食事形態や排せつ状況など), その他伝えておきたいこと】

自分1人での歩行は難しく, 着替え・食事といった動作に誰かのサポートを必要とします。