

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

※がついている欄は、必須項目です。太枠内は必ず御記入ください。

※作成日	更新日				
202 / /					

①【避難行動要支援者情報】

※管理番号					
※ふりがな				※生年月日	
※名前				性別	
※住所	〒				
電話番号				FAX番号	
携帯電話番号					
メールアドレス					
避難支援該当理由	☐ 要介護3以上 ☐ 身体障がい1級・2級 ☐ 療育①・A ☐ 精神障がい1級 ☐ その他（ ）				
世帯状況	同居 人 日中家で一緒に過ごしている人数 人 ☐ 配偶者 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 子 ☐ 兄弟 ☐ 姉妹 ☐ その他（ ）				

②【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	—	—	—	
風水害	—	—	—	
地震	—	—	—	

※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、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。

③【避難場所】

区分	名称	所在地	電話番号
一時避難場所			
※最終避難場所			

④【避難先への移動】

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

⑤【避難支援団体・避難支援者】※この取組は地域の助け合いによるものです。避難支援等関係者は法的な責任や義務を負うものではないことを御理解のうえ御記入ください。

区分	団体名・名前	本人との関係	住所	電話番号
団体				
※支援者①				
支援者②				

⑥【緊急連絡先】

名前	本人との関係	住所	電話番号
①			
②			

⑦【障がい福祉・介護サービス・医療の情報】

障がい者手帳、介護保険情報			
身体障がい	—	☐ 肢体 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 内部 ☐ その他 ()	
精神障がい	—	療育	要介護度 : —
福祉サービス利用情報 (複数記入可)			
区分	計画作成事業所(注1)	①サービス提供事業所(注2)	②サービス提供事業所(注2)
事業所名			
担当者名			
電話番号			
①利用時間 (自宅にいない時間)	曜日: ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 概ね: 時 ~ 時		
②利用時間 (自宅にいない時間)	曜日: ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 概ね: 時 ~ 時		
医療情報 (複数記入可)			
治療中の病気			
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()		
使用している薬(注3)	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病・インスリン ☐ 抗てんかん薬 ☐ 痛み止め ☐ 睡眠薬 ☐ ぜんそく ☐ その他 ()		
医療で必要なもの	☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器 ☐ 経管栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 在宅酸素 ☐ ストーマ ☐ 透析 ☐ 排尿カテーテル ☐ その他 ()		
かかりつけ医療機関 (電話番号)			

注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、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

注2 障がい福祉サービス提供事業所又は介護保険サービス提供事業所

注3 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。

⑧【その他伝えておきたいこと】

--

【留意事項】避難支援等関係者自身や家族の安全が前提のため、本制度は災害時の支援が必ず受けられることを保証するものではありません。また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。なお、本計画等の個人情報、災害時の避難支援や見守りのために、福山市の関係部局及び避難支援等関係者に提供されます。