

様式3

要配慮者一人ひとりに対する避難支援計画（個別計画）

避難行動要支援者名簿登載希望が無い場合でも個別計画の提出はできます。
この情報は行政・自主防災組織等災害時に支援者となる団体に必要に応じて提供します。

平成 年 月 日作成

写真 (3cm×4cm) ※できるだけ、写 真をお貼りくだ さい	介護認定	要介護	1・2・3・4・5	要支援	1・2		
		状態	虚弱・寝たきり・認知症・その他（ ）				
	身体障害	肢体・内蔵疾患・視覚・聴覚					
		1・2・3・4・5・6					
	精神障害	1・2・3					
	療育	A・B					
その他							
ふりがな 氏名				性別	(男・女)	生年月日	年 月 日
住所	川北町字			電話番号			
血液型	A B O AB Rh式(+・-)			FAX			
同居家族	人	家族構成（ ）					
避難場所	指定避難場所 (一時避難)			指定避難所			
	家族との待ち合わせ場所						
緊急連絡先							
氏名・名称		住所		電話番号		本人との関係	
				(自宅) (携帯)			
				(自宅) (携帯)			
				(自宅) (携帯)			
かかりつけ医							
病院・医院名		診療科	主治医		住所	電話番号	
担当ケア マネージャー	氏名	事業所名		連絡先			

※裏面も記入ください

(表)

特記事項・必要な対応	
発作・ 持病・ アレルギー等 詳細な症状について (できるだけ詳しく)	
情報伝達の流れ (話し言葉・手話・筆談等)	
避難誘導時の 留意事項 (移動に補助がいるか等)	
避難先での 留意事項 (食事・排泄・着替え等 に介助が必要かどうか 等)	
避難場所 (身近な拠点避難所)	
避難経路図	
特記事項	

※表面も記入ください

(裏)