

要配慮者一人ひとりに対する避難支援計画（個別避難計画）

年 月 日作成

本人情報	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		電話	
	住所	川北町字	携帯	
	血液型	A B O AB (Rh + -)	性別	
	対象区分	高齢者単身世帯 高齢者世帯 各種手帳所持者 その他		
	同居家族			
緊急連絡先 ①	ふりがな		本人との関係	
	氏名		電話	
	住所		携帯	
緊急連絡先 ②	ふりがな		本人との関係	
	氏名		電話	
	住所		携帯	
避難時に配慮 しなくては ならない事項	<input type="checkbox"/> ひとりで歩けない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（聞こえない） <input type="checkbox"/> 歩けるが時間がかかる <input type="checkbox"/> 危険の判断ができない <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 情報を理解できない <input type="checkbox"/> 見えにくい（見えない） <input type="checkbox"/> 言葉や文字を理解できない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>			
避難方法	避難場所			

避難 支援者情報	ふりがな		本人との関係	
	氏名		連絡先	
地域 支援者情報	ふりがな		本人との関係	
	氏名		連絡先	
地域 支援者情報	ふりがな		本人との関係	
	氏名		連絡先	

居住環境	<b>■構造</b> 造                    階建 <u>住宅見取図（任意）</u> （一戸建て・集合住宅）		
	<b>■居室</b> 階 <b>■寝室</b> 階		
利用しているサービス等	<b>【介護】</b>		
	<b>【障害】</b>		
医療情報	かかりつけ医		連絡先
	<u>既往歴・治療中の疾患・服薬等の情報</u>		
避難先での留意事項			
特記事項			

この個別計画の内容について、町防災担当・自主防災組織等、災害時に支援者となる関係機関に必要な応じて提供することを了承します。

年            月            日

氏名 \_\_\_\_\_

代理記入者	氏名		本人との関係	
	住所		電話	