

避難行動要支援者 水害時個別避難計画書

■この計画書の対象者(要支援者)

分類・基準

ふりがな 氏名		性別		生年 月日	
住所					
電話	自宅：	FAX			
	携帯：	メール			

■対象者（要支援者）情報

介護認定		障害支援区分		認知症	有・無
障害者手帳					
身体的留意事項等 その他情報					

■家族構成・同居情報等

同居の家族	無・有	※ 有の場合 人	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 人 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ペット動物（ ）
特記事項			

■居住情報

住居形態	戸建・集合住宅	構造	木造・鉄筋,鉄骨
建物階数	階建	居住階	階
水害リスク 〔対象河川： 〕		居住地見取図 〔寝室・普段過ごす場所等〕	
最大想定浸水深			
浸水継続時間			
使用可能階数			
※ 家屋倒壊等 氾濫想定区域	区域内・区域外		

※ 氾濫によって「木造家屋」が倒壊するほどの流速になる等の場合がある範囲

■ 避難時の留意事項

歩行	可・否	<input type="checkbox"/> 自力で歩行可 <input type="checkbox"/> 車イスが必要 <input type="checkbox"/> その他[]	<input type="checkbox"/> 介助者がいれば歩行可能 <input type="checkbox"/> ストレッチャーが必要
車イスの使用	自己所有 別途必要 不要	<input type="checkbox"/> 電動車イス <input type="checkbox"/> 車イスは必要だが自走不可 <input type="checkbox"/> その他[]	<input type="checkbox"/> 折畳み車イス
車の使用	要・不要	<input type="checkbox"/> 普通乗用車 <input type="checkbox"/> リフトなし福祉車両 <input type="checkbox"/> その他[]	<input type="checkbox"/> ミニバン・ワンボックス <input type="checkbox"/> リフト付き福祉車両
その他配慮する事項			

■ 避難先での留意事項・本人疾患

段ボールベッド	要・不要	[備考]
ポータブル電源	要・不要	[備考]
医療的な対応		
食事形態 アレルギー		
排泄		
周囲との関わり		
その他配慮する事項		

■ その他特記事項 【記入者所属・氏名】

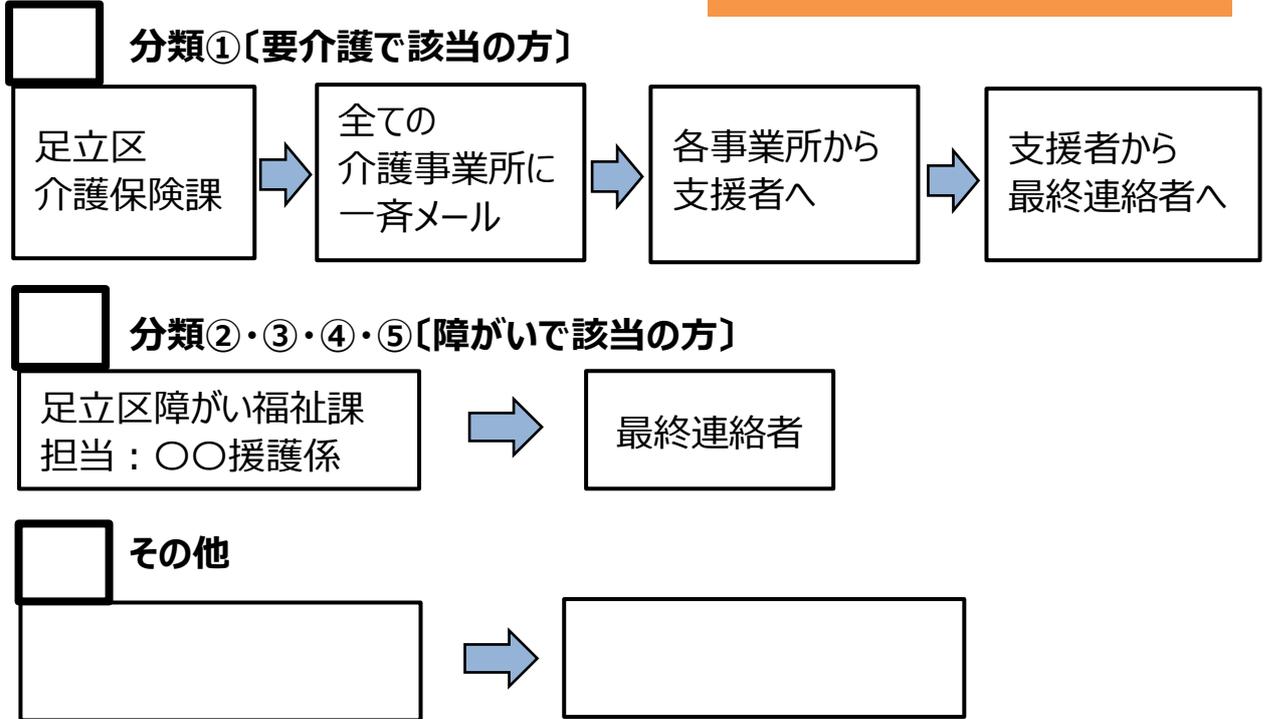
--

■ 避難行動計画

避難先		避難時 支援者	(連絡先：)
-----	--	------------	---------

連絡体制(あてはまる体制に○)

分類①～⑤の基準は P1 の図 1 を参照



いつ連絡 するのか	避難準備の 連絡	<ul style="list-style-type: none"> 足立区に台風が最接近する日の2～3日前 開始目安：避難の準備に関する連絡 縁故等避難、ショートステイ利用の呼びかけ
	避難開始の 連絡	<ul style="list-style-type: none"> 足立区に台風が最接近する概ね1日前（風雨が強くなる前） 開始目安：避難準備・高齢者等避難開始の発令
誰が 連絡する のか	<input type="checkbox"/> 支援者（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> 区職員（準備連絡・避難開始） （ ）
	<input type="checkbox"/> 事業者（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> その他（準備連絡・避難開始） （ ）
誰に 連絡する のか	<input type="checkbox"/> 本人（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> 支援者（準備連絡・避難開始） （ ）
	<input type="checkbox"/> 家族・知人（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> その他（準備連絡・避難開始） （ ）
最終 連絡者	<input type="checkbox"/> 家族・知人（準備連絡・避難開始） （ ）	<input type="checkbox"/> その他（準備連絡・避難開始） （ ）

■ 避難する際の持ち物・機具等

台風最接近日の前日から避難することを想定し、最低 2 日分の準備をお願いします。

1	必要な医療機器・機具 (日頃から使用している医療機器) (避難先で必要な機器)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	常用薬関連 (日頃から服用している薬や頓服薬等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> お薬手帳	<input type="checkbox"/> 健康保険証(受給者証を含む)
3	食料関連 (特定の食事や食べ慣れているもの等) (食事の際に必要なもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 食事補助剤 ()	
4	生活関連 (避難先での生活や排泄等に必要な物品)	<input type="checkbox"/> めがね	<input type="checkbox"/> 補聴器
		<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 尿取りパット
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	救急関連	<input type="checkbox"/> 消毒液・傷薬	<input type="checkbox"/> 包帯・ガーゼ
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	衣類関連	<input type="checkbox"/> 着替え	<input type="checkbox"/> タオル
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	その他必要な物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ 要支援者に係る緊急連絡先一覧 (あり・なし)

連絡先 1	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				
連絡先 2	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				
連絡先 3	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				

■ 避難支援者の連絡先一覧 (あり・なし)

連絡先 1	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				
連絡先 2	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				
連絡先 3	ふりがな 氏名		関係	
	住所			同居・別居
	電話	自宅 :	FAX	
		携帯 :		
メール				

■ 利用中の医療福祉サービス一覧

1	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

2	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

3	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

4	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

5	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

6	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

7	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

8	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

9	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

10	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

11	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

12	利用サービス		種別	介護・障がい
	事業所名			
	電話		FAX	
	利用曜日		時間帯	午前 ・ 午後

■ 関係医療機関

1	名称	
	診療科目	
	電話	
	備考	

2	名称	
	診療科目	
	電話	
	備考	

3	名称	
	診療科目	
	電話	
	備考	

■ その他関係機関情報

1	足立区役所	〇〇〇〇課 (担当：)	電話	
		〇〇〇〇課 (担当：)	電話	
2	民生委員	第〇合同〇〇地区 (担当：)	電話	
3	消防署	〇〇〇消防署	電話	
4	警察署	〇〇〇警察署	電話	
5	水害時避難先		電話	

■ 計画書作成・見直しの記録

計画書の内容に見直しが生じた場合は、随時更新し記録していきます。

実施年月日	見直し内容 記入者名	計画書見直し等の記録
年 月 日	記入者：	

これまでの内容について、誤り等がないことを確認し、避難支援の実施に必要な限度で、本計画書を避難支援に携わる関係者・関係機関へ提供することを承諾します。

_____年 月 日

氏名(自署) _____

代理署名 _____ (本人との関係)