

越前市避難行動要支援者避難支援計画 個別避難計画 表面 記入例

フリガナ	エチゼン タロウ			
避難行動要支援者本人氏名	越前 太郎			
避難行動要支援者本人生年月日	昭和30年8月6日	性別	男	
避難行動要支援者本人住所	越前市府中一丁目 13-7			
避難行動要支援者本人電話番号	0778-22-3081			
避難支援等を必要とする事由	要介護認定度:要介護3 身体障害者等級: 知的障害者等級: 精神障害者等級:			
避難時に配慮しなくてはならない事項	あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input checked="" type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他()			
同居家族等	(例)終日独居・日中独居・終日家族と同居・その他() 日中独居			
緊急時の連絡先①	フリガナ	エチゼン イチロウ	要支援者との関係	長男
	氏名(団体名)	越前 一郎		
	住所	越前市府中一丁目 13-7		
緊急時の連絡先②	フリガナ		要支援者との関係	
	氏名(団体名)			
	住所			
その他特記事項	連絡先	電話番号①:		
		電話番号②:		

避難支援者情報① ※右記避難支援者の個人情報を避難行動要支援者本人とその本人に關係する家族、親族、法定代理人及び「越前市地域防災計画」に定める避難支援等関係者に提供することに同意頂いた方を避難支援者としてください。	フリガナ	フチュウイチロウ
	氏名(団体名)	府中一郎
	住所	越前市府中一丁目 13-6
避難支援者情報② ※右記避難支援者の個人情報を避難行動要支援者本人とその本人に關係する家族、親族、法定代理人及び「越前市地域防災計画」に定める避難支援等関係者に提供することに同意頂いた方を避難支援者としてください。	フリガナ	
	氏名(団体名)	府中一丁目自主防災組織
	住所	
町内毎の一次避難場所及び広域避難場所 ※当該情報は町内毎の一般的な避難場所です。今後福祉避難場所等が整備された場合は要支援者毎に避難場所が異なりますので、正確な避難場所は避難先経路で記入ください。	連絡先	電話番号①:●●●-●●●●-●●●● 電話番号②:
	連絡先	電話番号①:●●●-●●●●-●●●● 電話番号②:
水害時一次避難場所: 水害時広域避難場所: 震災時一次避難場所: 震災時広域避難場所: ※上記一次避難場所に変更があれば正しい避難場所を手書きしてください。		
日頃から利用している施設名※ある場合のみ記入	●●老人保健施設	
避難場所選定に係る意見	体育館等の広域避難場所でも避難生活は可能だが、大声や排泄機能に問題があるため可能ならば個室が望ましい。 (風水害、震災時) ・●●避難場所までは国道8号を南進する。 (風水害、震災時) ・●●避難場所までは国道8号を南進し●●交差点を左折直進する。	
自宅から避難場所までの経路 ※風水害、震災それぞれ記入 ※地図は添付できません。 文字で記入ください。		

緑色：越前市役所が記入します。※一次避難場所の正誤は区長も確認ください。
 黄色：避難行動要支援者本人又はその家族が記入してください。
 ※記入できない場合は要支援者本人を担当している福祉専門職が記入します。担当する福祉専門職がない場合は区長又は民生委員に記入してもらいますが、区長又は民生委員の負担を軽減するために可能な限り要支援者本人又はその家族が記入してください。
 青色：区長又は民生委員が記入してください。
 赤色：福祉専門職が記入します。
 橙色：緊急時あんしんシートの項目で情報が重複していますので記入不要です。

※提供したくない個人情報がある場合はその部分については記入不要です。

『越前市避難行動要支援者避難支援計画 個別避難計画 裏面』兼『緊急時あんしんシート』 記入例

緊急時に利用してもらいたい情報です。救急隊や医療機関等に提供します。旅行や入院、施設入所等、長く自宅を離れる際は避難行動支援者や近隣の方にひと声かけるようにしてください。

避難行動要支援者本人氏名	越前 太郎	初回計画確認・修正・追記者	確認福祉事業所名:越前事業所 確認福祉事業所連絡先●●●●	
避難行動要支援者本人住所	越前市府中一丁目13-7	前回計画確認・修正・追記者	確認福祉事業所名:越前事業所 確認福祉事業所連絡先●●●●	
主な疾患・障害	・脳梗塞後遺症により左半身麻痺	今回計画確認・修正・追記者	福祉事業所名: ●●●● 福祉事業所連絡先 ●●●● 避難行動要支援者本人又はその家族計画確認署名日: 令和 ●●年 ●●月 ●●日 避難行動要支援者本人又はその家族計画確認署名【 ●●●●●●●● 】	
かかりつけ医療機関	・越前病院 連絡先●●●●	水害時一次避難場所 水害時広域避難場所 震災時一次避難場所 震災時広域避難場所		
携行医薬品・薬局名 ※薬種・量・時期等は最新・正確な情報を本人や家族・医師等に確認する事とし、本計画記載事項のみで投薬しない事。重要性の高い薬のみ記載すること。	・高血圧剤 薬局名:越前薬局			
介護・医療機器	・歩行器使用中 ・車椅子使用中 ・人工呼吸器使用中	緊急時連絡先①		氏名
持病・アレルギー・伝えたい身体状況等	・腰痛のためベッドが必要 ・甲殻類アレルギーであり、全身がかゆくなる。	緊急時連絡先②		住所
災害情報 入手方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら入手可能 (テレビ・ラジオ・携帯・その他) <input type="checkbox"/> 伝達が必要 (声掛け必要・声掛け以外の方法が必要)			続柄
避難場所等へ行く等、移動する時の留意事項	・車椅子使用。福祉車両がなくても自動車に乗れる。 ・在宅で人工呼吸器を使用しているため、移動するタイミング、移動時の必要物について支援者と話したい。	緊急時連絡先③		電話番号
避難場所で必要な物や留意事項	・車椅子を持って行ってほしい。玄関にある。 ・人口呼吸器が必要であるため電源がある場所への避難が必要。 ・補聴器用の電池を一緒に持って行ってほしい。2階の和室タンスに収納してある。 ・狭心症を患っているため、ストレスに特に注意が必要。			氏名
その他避難行動及び避難生活等に係る特記事項		関係機関連絡先 ※○又は記入		住所
			続柄	
		ケアマネージャー、民生委員等の連絡先	電話番号	
		関係機関名	地域包括支援センター 越前市社協・しくら・あいの樹・メゾンいまだて・和上苑・丹南きらめき その他()	
		電話番号		
		名称、電話番号		
		名称、電話番号		

※避難行動要支援者として名簿掲載及び情報提供に同意している方は、一次避難場所、広域避難場所、緊急時連絡先情報については表面で記入しているため記入不要です。

※避難行動要支援者として名簿掲載及び情報提供に同意している方は、救急隊や医療機関等以外の支援関係者にも情報提供します。

※避難行動要支援者として名簿掲載及び情報提供に同意していない方は、計画確認者欄及びその他情報提供できない項目については記入不要です。

※提供したくない個人情報がある場合はその部分については記入不要です。