

個別避難計画

A-

【同意欄】

作成年月日

年

月

日

大府市長 殿

私は、災害発生時の円滑な避難行動に資するため、大府市避難行動要支援者名簿及び個別避難計画に関する条例の規定に基づき、個別避難計画を作成・更新することに、

同意します

趣旨を十分理解した上で、同意しません

※ へチェックし、以下をご確認の上、署名してください。

また、同意された場合、この計画に記載した個人情報については、平常時から避難支援等実施者、消防、警察、民生児童委員、自主防災組織等の避難支援等関係者と共有されることを承諾します。

署名

代理署名

(本人との関係)

自治区名 (自主防災組織)		担当民生区		担当民生委員	
------------------	--	-------	--	--------	--

氏名 <small>※児童の場合は()で保護者の氏名を記入</small>					
生年月日		年齢			
住所					
性別		電話番号	<small>※連絡の取りやすい番号をご記入ください</small>		
同居家族等					
避難場所	名称		住所		
緊急時の連絡先	① 氏名			本人との関係	
	住所			電話番号	
	② 氏名			本人との関係	
	住所			電話番号	
避難支援等実施者	① 氏名			本人との関係	
	住所			電話番号	
	② 氏名			本人との関係	
	住所			電話番号	

※避難支援等実施者は、災害発生時に要支援者宅へ駆けつけることができるご近所の支援者とし、実施者本人の了解を得た上で、原則、要支援者本人が決めてください。

※避難支援等実施者は、助け合いの精神に基づくもので、義務や責任を伴うものではありません。

避難支援等を必要とする事由	※該当するものに□チェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> 要介護認定1又は2の方のうち 65歳以上のひとり暮らし高齢者	
<input type="checkbox"/> 要介護認定1又は2の方のうち 75歳以上の高齢者のみの世帯	
<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている【要介護状態区分:要介護	】
<input type="checkbox"/> 手帳所持 【障がい名:	等級:]
	【障がい名: 等級:]
	【障がい名: 等級:]
<input type="checkbox"/> 難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている	
<input type="checkbox"/> その他	

避難時に配慮してほしいこと	※該当するものに□チェックをつけてください。
<input type="checkbox"/> ものが見えにくいので、分かりやすい言葉で呼びかけてほしい	
<input type="checkbox"/> 声が聞き取りにくいので、大きな声で呼びかけてほしい	
<input type="checkbox"/> 声が聞き取りにくいので、筆談や手話などで呼びかけてほしい	
<input type="checkbox"/> 一人で歩くことが難しいので、移動に支援(担架/車いす)が必要です	
<input type="checkbox"/> 一人で歩くことはできるが、避難所まで付き添ってほしい	
<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族と分からないことがあります	
<input type="checkbox"/> 人工透析(血液透析、腹膜透析など)をしています	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器が必要です	
<input type="checkbox"/> 酸素濃縮器(酸素ボンベ)が必要です	
<input type="checkbox"/> たん吸引が必要です	
<input type="checkbox"/> 吸入器(ネブライザー)が必要です	
<input type="checkbox"/> ペースメーカー等を使用しているため、配慮してほしい(発電機、携帯電話等)	
<input type="checkbox"/> (カテーテル/ストーマ用装具)を使用しているため、排せつに配慮してほしい	
<input type="checkbox"/> 胃瘻(いろう)や中心静脈栄養のため、食事の際に配慮してほしい	
<input type="checkbox"/> 咀嚼(そしゃく)しにくいいため、食事(きざみ食など)に配慮してほしい	
<input type="checkbox"/> 理解することが苦手なので、分かりやすい言葉で話してほしい	
<input type="checkbox"/> 集団が苦手です	
<input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手です	
<input type="checkbox"/> 大きな音やざわざわした雰囲気が苦手です	
<input type="checkbox"/> こだわりが強いです	
<input type="checkbox"/> 精神が不安定になって、幻聴・幻覚が発現することがあります	
<input type="checkbox"/> 大声を出したり、手が出てしまうことがあります	
<input type="checkbox"/> 一般避難所(公民館、学校等)ではなく、福祉避難所(福祉施設)へ直接避難したい	
<input type="checkbox"/> その他	

避難の際に必要な持ち物		
かかりつけ医		常備薬
①	医院名	
	連絡先	
②	医院名	
	連絡先	
③	医院名	
	連絡先	
特記事項		※その他の留意事項があれば記入してください。

自宅から避難場所までの経路図

