

(様式1)

西条市個別避難計画

記入例

西条市長 様

私は、災害時等に地域の支援を受けたいため、下記事項を避難行動要支援者名簿に登録し、避難支援等関係者（自治会、自主防災組織、民生児童委員、消防団、警察署等）に提供することに同意します。

令和●●年●●月●●日

【同意・署名欄】

本人氏名

代筆者氏名

西条 太郎

本人との関係

地区	〇〇	単位自治会	〇〇自治会	民生委員	小松 太郎
----	----	-------	-------	------	-------

1 避難行動要支援者本人に関する情報

住所	西条市明屋敷164			電話	自宅：0000-00-0000 携帯：000-0000-0000
フリガナ氏名	サイジヨウ タロウ 西条 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大・昭●●年●●月●●日 平・令
避難支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし（75歳以上）		<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯（75歳以上）		
	<input type="checkbox"/> 要介護度3以上（要介護度 3 ・ 4 ・ 5 ）				
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい者（1～3級）	等級	種別		
		1・2・3	視覚・聴覚・平衡・上肢・ <u>下肢</u> ・体幹		
	<input type="checkbox"/> 知的障がい者（療育手帳A判定）		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級）		
	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者		
<input type="checkbox"/> その他（ ）					
本人の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 一人で立てる <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 一人で歩ける	<input type="checkbox"/> ものが見えない <input type="checkbox"/> 器具を使って動ける		
常時使用する装具・器具	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 酸素濃縮器	<input type="checkbox"/> 痰吸引器	
自宅の危険性	地震	洪水	土砂災害	津波	高潮
	<input checked="" type="checkbox"/> 旧耐震基準 <input type="checkbox"/> 新耐震基準	<input checked="" type="checkbox"/> 浸水区域内 <input type="checkbox"/> 浸水区域外	<input type="checkbox"/> 警戒区域内 <input checked="" type="checkbox"/> 警戒区域外	<input checked="" type="checkbox"/> 浸水区域内 <input type="checkbox"/> 浸水区域外	<input type="checkbox"/> 浸水区域内 <input checked="" type="checkbox"/> 浸水区域外
避難先	〇〇公民館	〇〇公民館	自宅	〇〇公民館	自宅
移動の方法	<input type="checkbox"/> 自力で徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 杖、シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 乗用車等	<input type="checkbox"/> 手引き誘導 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

2 緊急時家族等の連絡先

緊急時の家族等①	住所	西条市明屋敷164			続柄	長男
	フリガナ氏名	サイジヨウ イチロウ 西条 一郎	電話	自宅：0000-00-0000 携帯：000-0000-0000		
緊急時の家族等②	住所	西条市明屋敷164			続柄	姉
	フリガナ氏名	サイジヨウ ハナコ 西条 花子	電話	自宅：0000-00-0000 携帯：000-0000-0000		

3 支援に関する情報

地域支援者は、要支援者の避難誘導等に関して、決してその責任を負うものではありません。

地域支援者①	住所	西条市〇〇〇〇番地		関係	近隣者
	フリガナ氏名	トウヨ ジロウ 東予 次郎	電話	自宅：0000-00-0000 携帯：000-0000-0000	
地域支援者②	住所	西条市〇〇〇〇番地		関係	自治会
	フリガナ氏名	タンバラ サブロウ 丹原 三郎	電話	自宅：0000-00-0000 携帯：000-0000-0000	

4 福祉事業者に関する情報

居宅介護支援事業所 計画相談支援事業所	居宅支援事業所〇〇 (住所：西条市・・・)	電話	0000-00-0000
		担当	〇〇 〇〇
利用サービスの状況	・週に1回、介護支援事業所〇〇のヘルパーが訪問している。		

5 かかりつけ医療機関に関する情報

かかりつけ医療機関	〇〇医院 (住所：西条市・・・)	電話	0000-00-0000
	主な傷病名等	高血圧、脳梗塞	受診状況 月に1回通院

6 避難所で配慮が必要な情報

<input checked="" type="checkbox"/> トイレの介助が必要 • <input checked="" type="checkbox"/> 食事の介助が必要 • <input checked="" type="checkbox"/> 床に座ることは困難ですが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴の介助が必要 • <input type="checkbox"/> 個室対応が必要 • <input type="checkbox"/> 車いすの利用スペース確保が必要 <input type="checkbox"/> 服薬管理が必要 <input checked="" type="checkbox"/> その他
・常に誰かの付き添いが必要。

7 特記事項（伝えておきたいことなど）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 徒歩での避難は困難であるため、車いすを利用。車いすは本人のものが玄関にあるため利用する。 ・ 毎週火曜と木曜はデイサービスを利用しており、午前中は不在となる。 ・ 本人は遠慮がちな性格のため、こちらから積極的に話しかけ、本人の意向を確認する。 ・ 日常生活全般に支援が必要となっており、姉やヘルパーが介護を行っている。 ・ ベッドから起き上がる際には、体を支える必要があり、移動の際は車いすを使用する。 ・ 認知症により、記憶力が低下。話しかける際はゆっくり大きな声で話す。 ・ 普段は1階の寝室（玄関を入れて正面の部屋）で生活している。

要支援者は、隣近所の方々の助け合いの精神に基づき支援を受けるものであるため、名簿への登録によって必ずしも災害時の支援が保障されるわけではありません。

この計画に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るもののほか、日ごろの支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。

西条市長