（表面）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式４

避難行動要支援者個別支援プラン

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 |  | 電話番号 | 　　 |
| ＦＡＸ |  |
| フリガナ |  | 携帯番号 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 性　別 |  |
| 自治会 |  | 民生委員 |  |
| 世帯構成 | □ひとり暮らし | □日中ひとり |
| □高齢者のみ | □障がい者のみ |
| □高齢者と障がい者のいる世帯 | □高齢者と障がい者のみの世帯 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急時の連絡先（町外・県外でもかまいませんので、親族の方を記入してください） |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 | 続柄　（　　） |
| 電話番号 |  |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 | 続柄　（　　） |
| 電話番号 |  |
| 避難支援者（避難時の支援に協力していただける、ご近所の方を必ず記入してください） |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 | 続柄　（　　） |
| 電話番号 |  |
| フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 | 続柄　（　　） |
| 電話番号 |  |
| かかりつけの医療機関 |
| 医療機関 |  | 電話番号 |  |
| 医療機関 |  | 電話番号 |  |
| 避難場所等 |
| ●場所・経路・避難時に注意すべき事項など避難場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙の指定避難所一覧から選択してください） |

［ -］

|  |
| --- |
| 日常的に飲んでいる薬（服薬の頻度、薬の名称を記入してください） |
|  |
| 寝室の位置 | 日常生活の習慣行動 |
| ［　□１階　・　□２階　］ |  |
| 災害時の配慮事項 | ●自力歩行について |
| □立てるが歩行ができない | □立てない |
| 　□寝たきり |  |
| 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●視力・聴力について |
| 　□音が聞き取りにくい | □音が聞こえない |
| 　□物が見えにくい | □物が見えない |
| 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●判断力について |
| 　□言葉や文字の理解ができない | □顔をみても家族や知人とわからない |
| 　□危険なことを判断できない |  |
| 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●コミュニケーションについて |
| 　□大きな声で話して欲しい | □筆談をして欲しい |
| 　□絵カード・写真で示して欲しい | □ジェスチャーで示して欲しい |
| 　□どんな手段を用いても意思疎通できない |
| 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●移動手段について |
| 　□杖、歩行器を使用 | □歩行には誰かの支えが必要 |
| 　□車椅子を使用 |  |
| 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〈**同意確認欄**〉　わたしは、避難行動要支援者個別支援プランの趣旨に賛同し、登録を申し込みます。つきましては、記載事項が、地元自治会・自主防災組織・避難支援者・民生委員児童委員・社会福祉協議会・障がい者団体（相談員）・管轄警察署・消防関係者に提供されることを承諾します。 |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ●**代理の方が記入した場合** |
| フリガナ |  | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |