（表面）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式４

【記入例】

避難行動要支援者個別支援プラン

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 垂井町○○▲▲▲番地 | | | 電話番号 | | 0584 - |
| ＦＡＸ | | 0584 - |
| フリガナ | ﾀ ﾙ ｲ　　ﾀ ﾛ ｳ | | | 携帯番号 | | 090 - |
| 氏　名 | 垂井　太郎 | | | 生年月日 | | 昭和○年○月○日 |
| 性　別 | |  |
| 自治会 | ○○自治会 | | | 民生委員 | | △△　△△ |
| 世帯構成 | □ひとり暮らし | | □日中ひとり  **□に✓してください。** | | | |
| □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 | タルイ　イチロウ | 住　所 | | | 〒503-  垂井町〇〇 | |
| 氏　名 | 続柄  垂井　一郎  （長男） |
| 電話番号 | | | 0584- | |
| フリガナ | タルイ　ジロウ  垂井　二郎 | 住　所 | | | 〒450-  名古屋市〇〇 | |
| 氏　名 | 続柄  （次男） |
| 電話番号 | | | 090- | |
| 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 | ギフ　　サブロウ  岐阜　三郎 | 住　所 | | | 〒503-  垂井町〇〇 | |
| 氏　名 | 続柄  （隣人） |
| 電話番号 | | | 0584- | |
| フリガナ | セイノウ　シロウ | 住　所 | | | 〒503-  垂井町〇〇 | |
| 氏　名 | 続柄  西濃　四郎  （友人） |
| 電話番号 | | | 0584- | |
| かかりつけの医療機関 | | | | | | |
| 医療機関 | 〇〇病院 | 電話番号 | | | 0584- | |
| 医療機関 | 〇〇医院 | 電話番号 | | | 0584- | |
| 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：　〇〇まちづくりセンター  　　　　　　　　　（別紙の指定避難所一覧から選択してください）  例）わたしは、要介護３で、右半身マヒがあります。  声が聞き取りにくいので、耳元で大きな声でゆっくりと話してください。  裏面もご確認ください。 | | | | | | |

［　 -　］

該当の項目の□に✓して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | |
| 例）糖尿病と高血圧の薬を1日1回（朝）に飲んでいます。 | | | | | | |
| 寝室の位置 | | | 日常生活の習慣行動 | | | |
| ［　□１階　・　□２階　］  例）仏間の北側で寝ています。 | | | 例）週２回（水・金）○○デイサービスに通っています。それ以外は寝室で過ごしています。 | | | |
| 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　　垂井　太郎 | | | | | | |
| ●**代理の方が記入した場合**  同意がない場合、地域関係者に情報提供されることはありません。 | | | | | | |
| フリガナ | |  | | 住　所 | |  |
| 氏　名 | |  | |
| 電話番号 | |  |