

# 避難行動要支援者の個別避難計画

作成日：           年    月    日

要 支 援 者	氏 名						
	住 所						
	生年月日	M.T.S.H	年	月	日	年齢	歳
	電話番号	(自宅)	—				
		(FAX)	—				
		(携帯)	—	—		性別	男・女
	同居家族						
	区 分	<input type="checkbox"/> 要介護認定3～5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 75歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外で市が支援を必要とすると認めた方					
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 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 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"/> 車いすが必要 <input type="checkbox"/> 常備薬がある <input type="checkbox"/> 食事に介護が必要 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>						
その他 留意事項	【普段いる部屋、寝室の位置、目印など】						

緊急連絡先	①	氏名等 (続柄: )	住所	
			電話	
	②	氏名等 (続柄: )	住所	
			電話	

地域支援者	①	氏名等 (関係: )	住所	
			電話	
	②	氏名等 (関係: )	住所	
			電話	
	③	氏名等 (関係: )	住所	
			電話	

指定緊急避難場所	①	対象災害:	(電話 ー )
	②	対象災害:	(電話 ー )
	③	対象災害:	(電話 ー )
指定避難所			(電話 ー ) (電話 ー )

救急医療情報キット(キット安心ふくまるくん)の配布状況	
配布済み ・ 未配布	※保管場所 _____

緊急連絡機関			
池田警察署	072-753-1234	池田市役所	072-752-1111
池田市消防署	072-751-0119	協議会会長	
備考			

年 月 日

上記記載内容に誤りがないことを確認するとともに、避難支援者で共有すること及び池田市に報告することを了承します。

避難行動要支援者氏名