

記入スペースが不足する場合は、必要に応じて
改行や行を削除しうえ記入ください。

作成日：令和△年△月△日

作成事業所名：〇〇介護サービス

作成者：〇〇 〇〇

館林市個別避難計画（1）の記入例

要支援者氏名 ※児童の場合は（ ）で保護者の氏名を記入		フリガナ	ボウサイ	タロウ
			防災	太郎
生年月日	大正・昭和・平成・令和	△年	△月	△日
		年齢		△歳
住所又は居所	館林市□□□□△-△			
性別	<input checked="" type="radio"/> 男	・	<input type="radio"/> 女	
<input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話番号	090-△-△	<input type="checkbox"/> 電話番号	0276-△-△	災害時に使用する連絡手段にチェックしてください。
<input checked="" type="checkbox"/> メールアドレス	◇◇◇◇◇@◇.jp	<input checked="" type="checkbox"/> FAX番号	0276-△-△	
同居家族等	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり（ 1人、関係性：配偶者 ）			
支援が必要な時間帯	水曜8:00～13:00、金曜14:00～20:00、土曜21:00～7:00			非浸水域にある避難先や独自の避難場所を記入ください。自宅の2階以上に垂直避難する場合は、「自宅」にチェックしてください。
避難先 (自宅内の垂直避難も含む)	名称	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 避難先（□□福祉センター）		
避難支援者① (<input checked="" type="checkbox"/> 緊急時連絡先も兼ねる)	住所	館林市□□□-△		
	フリガナ	ボウサイ	ハコ	要支援者との関係性
	氏名 (団体名及び代表者)	防災 花子		
	住所	館林市〇-△		
避難支援者② (<input checked="" type="checkbox"/> 緊急時連絡先も兼ねる)	連絡先	電話番号1：0276-△-△	電話番号2：	優先的に連絡を取る避難支援者から順番に、上から記入ください。また、可能な限り複数名を記入ください。
		メールアドレス：なし		
		その他：不在時は携帯電話へ 090-△-△		
	フリガナ	ボウサイ	イチウ	要支援者との関係性
氏名 (団体名及び代表者)	防災 一郎			
住所	埼玉県□□市□-△			
避難支援者③ (<input type="checkbox"/> 緊急時連絡先も兼ねる)	連絡先	電話番号1：048-△-△	電話番号2：	行政区
		メールアドレス：なし		
		その他：不在時は携帯電話へ 090-△-△		
	フリガナ	チ	タロウ	要支援者との関係性
氏名 (団体名及び代表者)	地区 太郎			
住所	館林市〇-△			
避難支援者④ (<input checked="" type="checkbox"/> 緊急時連絡先も兼ねる)	連絡先	電話番号1：080-△-△	電話番号2：	ケアマネ
		メールアドレス：◇◇◇◇◇		
		その他：		
	フリガナ	ケンコウ	サコ	要支援者との関係性
氏名 (団体名及び代表者)	健康 桜子			
住所	館林市〇〇〇□-△			
避難支援者④ (<input checked="" type="checkbox"/> 緊急時連絡先も兼ねる)	連絡先	電話番号1：090-△-△	電話番号2：	
		メールアドレス：		
	その他：			

緊急時連絡先も兼ねる場合、チェックしてください。

非浸水域にある避難先や独自の避難場所を記入ください。自宅の2階以上に垂直避難する場合は、「自宅」にチェックしてください。

優先的に連絡を取る避難支援者から順番に、上から記入ください。また、可能な限り複数名を記入ください。

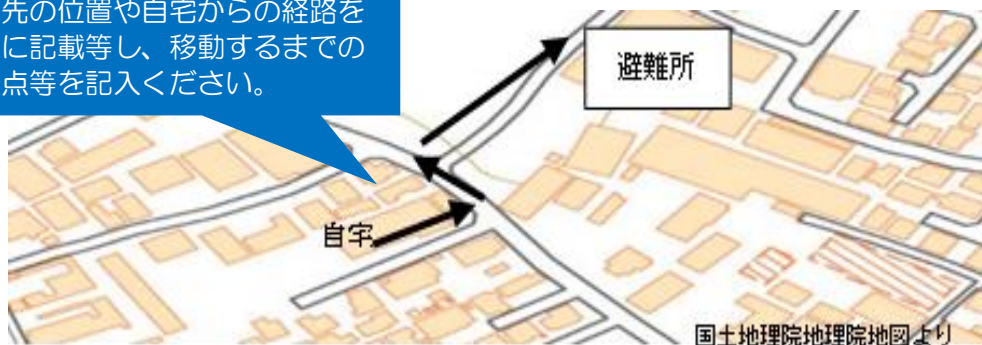
※特に必要な記載内容がない場合は「なし」や「-」と記載しても可とします。

記入スペースが不足する場合は、必要に応じて
改行や行を削除したうえ記入ください。

館林市個別避難計画（２）の記入例

避難時に 配慮しなくてはな らない事項	<p>(あてはまるものすべてに<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>介護保険の認定を受けている【要介護認定区分：要介護3】</p> <p><input type="checkbox"/>手帳所持【障がい名： 等級：】</p> <p><input type="checkbox"/>障がい支援区分【区分： 】<input type="checkbox"/>非該当</p> <p><input type="checkbox"/>難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の受給者証所持</p> <p><input type="checkbox"/>医療機器の装着等をしている <input checked="" type="checkbox"/>音が聞こえない（聞き取りにくい）</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>寝たきりである</p> <p><input type="checkbox"/>幻視、幻聴がある</p> <p><input type="checkbox"/>自傷、他害行為がある</p> <p><input type="checkbox"/>透析治療を行っている</p>
特記事項	<p>既往歴 <input checked="" type="checkbox"/>有【病名：糖尿病、喘息、肝炎】 <input type="checkbox"/>無</p> <p>感染症 <input checked="" type="checkbox"/>有【病名：C型肝炎】 <input type="checkbox"/>無</p> <p>アレルギー <input checked="" type="checkbox"/>有【種類：卵、小麦】 <input type="checkbox"/>無</p> <p>かかりつけ医及び服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>①病院名：〇〇医院 主治医：〇〇先生 連絡先：0276-△-△</p> <p>通院頻度：月 〇 週 1 回受診</p> <p>【処方薬：インスリン注射薬】</p> <p>②病院名：〇〇クリニック 主治医：〇〇先生 連絡先：0276-△-△</p> <p>通院頻度 〇 月 週 2 回受診</p> <p>【処方薬：喘息薬】</p> <p>介護、障がいサービス利用状況 <input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>訪問系：週 3 回利用</p> <p>【事業所名：〇〇介護サービス 連絡先：0276-△-△】</p> <p>通所系：週 1 回利用</p> <p>【事業所名：〇〇介護 連絡先：0276-△-△】</p> <p>ADLの状況（介助を要するものにチェック）</p> <p>【<input type="checkbox"/>食事 <input type="checkbox"/>入浴 <input checked="" type="checkbox"/>排泄 <input checked="" type="checkbox"/>更衣 <input type="checkbox"/>移乗 <input type="checkbox"/>移動 <input type="checkbox"/>起居 <input type="checkbox"/>整容】</p> <p>食事の形態 【<input type="checkbox"/>常食 <input type="checkbox"/>嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/>きざみ食 <input type="checkbox"/>ミキサー食 <input type="checkbox"/>とろみ剤使用 <input type="checkbox"/>胃ろう】</p> <p>その他</p> <p>・左耳が聞き取りにくいいため、話をするときは右側から</p>
避難経路図	<p>※避難先までの所要時間と距離【<input checked="" type="checkbox"/>車 <input type="checkbox"/>徒歩 10分、10km】</p>

避難先の位置や自宅からの経路を
地図に記載等し、移動するまでの
注意点等を記入ください。



・避難経路

自宅⇒〇〇信号を左折
⇒〇〇交差点を右折
⇒直進⇒〇福祉センタ
ー正門

※特に必要な記載内容がない場合は「なし」や「-」と記載しても可とします。

記入スペースが不足する場合は、必要に応じて改行や行を削除したうえ記入ください。

館林市個別避難計画（3）の記入例

避難支援時の留意事項

- 館林市ハザードブックにおける自宅の位置【 22 ページ】
- ハザードの状況：最大浸水深【5m以上 3～5m未満 0.5～3m未満 0.5m未満】
- 避難時の移動手段
【介助なく独歩可 杖・歩行器使用 車いす 担架、ストレッチャーが必要】
- 自宅で所有しているもの【車いす 担架 ストレッチャー】
- 避難時に車を使用するか【車を使用しなくとも避難可能 通常の車で移動可能 介護車両を要する】
- 避難支援におよそ何人の助けが必要か【 2 人】
- 電源が必要な機器【有（**ネブライザー**））、電源確保の方法：**乾電池**】
- 避難時持出品(携行医薬品等含む)
・常備薬・処置器具・お薬手帳・保険証・衣類・紙おむつ・部分義歯・ストーマ袋・補聴器
・眼鏡・乾電池

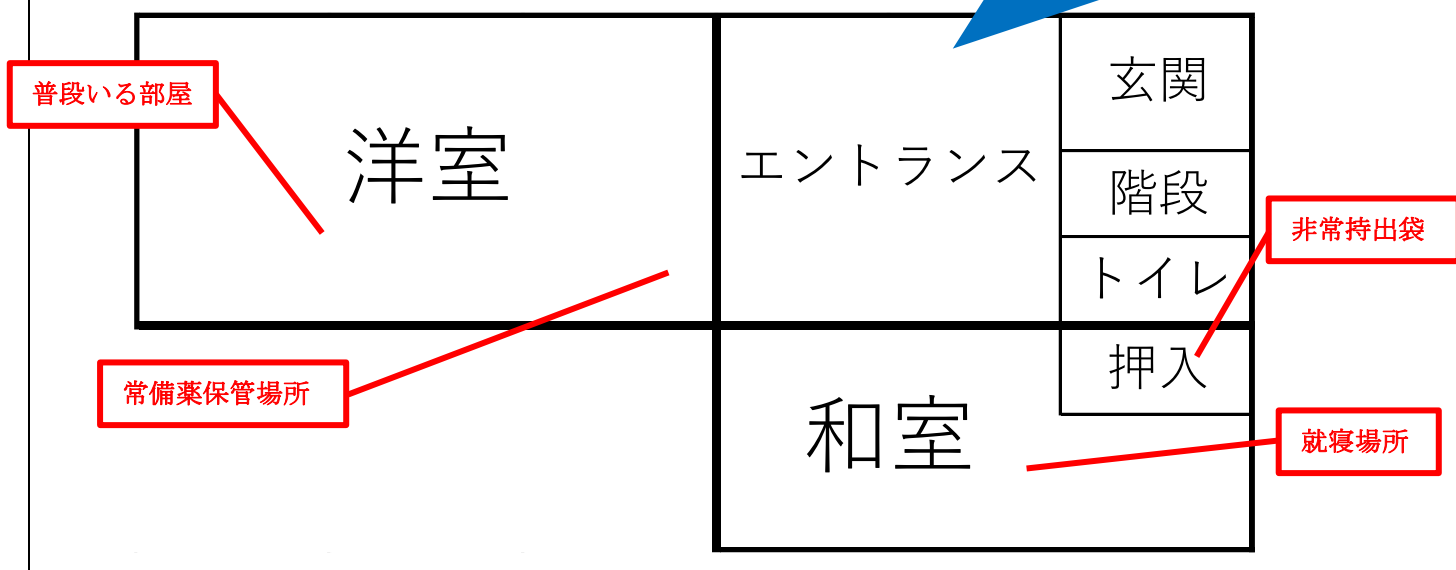
避難支援時の留意事項については、避難場所や避難経路の浸水想定区域、狭隘部、急勾配、段差等を記入ください。

●その他避難時の特記事項

- ・ご本人は弱視であり、耳も聞こえにくい状況
- ・避難先（福祉センター）の前の道には段差があり注意が必要
- ・避難経路にアンダーパスがあるため降水量によっては迂回も検討する

宅内における、就寝場所や薬の保管場所等を記載。間取り図も含めて手書きでも結構です。

自宅の間取り図



※特に必要な記載内容がない場合は「なし」や「-」と記載しても可とします。

館林市個別避難計画の作成・更新・提供にかかる同意書の記入例

個別避難計画は、要介護者や障がい者等の避難行動要支援者の方お一人ごとに、避難支援を行う人や避難先等を記載等した計画です。この計画は、避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難を図るために作成するものです。作成に当たっては、作成に必要な範囲で、避難支援者の候補者や避難先の候補施設の施設管理者、お住まいの行政区などの関係者に、個別避難計画の情報を提供します。

個別避難計画の完成後は、①平常時は避難支援者に、②災害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援者やその他の者に個別避難計画情報を提供します。

以上のことを承知し、個別避難計画の作成に同意することにより、避難行動要支援者（あなた）は、災害が発生し、又は、発生するおそれがある場合において避難支援を受けられる可能性が高まりますが、同意によって、災害時の避難支援が必ずなされることを保証するものではありません。また、避難支援者などの関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体の保護を受けるために、

(1) 作成・更新の同意欄、(2) 情報提供の同意欄の2か所それぞれにチェックし、お名前を記入ください。

(1) 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

(2) 個別避難計画を避難支援者等へ提供することに、

- 同意します
 趣旨を十分理解した上で、同意しません

本人が記入ください。難しければご家族やケアマネ等の代筆も可能です。

△△年□月◇◇日

署名 防災 太郎 (代筆: 防災 花子 続柄: 長女)