

避難行動要支援者 個別避難計画

記入スペースが不足する場合は、必要に応じて改行したうえ記入ください。

作成日		令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
作成区分	新規・更新	作成者	事業所名 〇〇介護サービス 氏名 〇〇 〇〇	
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 〇年 〇〇月 〇〇日	年齢	〇〇 歳	
住所又は居所	館林市 〇〇町△一△			
性別	男・女	電話番号	0276-〇〇-〇〇〇〇	
携帯電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	0276-〇〇-〇〇〇〇	
メールアドレス	△△△△△@△△.jp			
同居家族等	☐ ひとり暮らし ☒ 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、			
避難先 (自宅内の垂直避難も含む)	名称	☐ 自宅 ☒ 避難先（ ☐ 福祉センター		
	住所	館林市〇〇町△△一△△		
避難支援者① (緊急時連絡先も兼ねる)	フリガナ	ボウサイ ハコ	要支援者との 関係性	長女
	氏名 (団体名及び代表者)	防災 花子		
	住所	館林市〇〇町△△一△△		
	連絡先	電話番号1：0276-△-△ 電話番号2：090-△-△ メールアドレス：なし その他：不在時は携帯電話へ		
避難支援者② (緊急時連絡先も兼ねる)	フリガナ	ボウサイ イチロウ	要支援者との 関係性	弟
	氏名 (団体名及び代表者)	防災 一郎		
	住所	群馬県〇〇市〇-△		
	連絡先	電話番号1：0276-△-△ 電話番号2：080-△-△ メールアドレス：◇◇◇◇◇◇@◇◇◇.jp その他：不在時は携帯電話へ		
避難支援者③ (緊急時連絡先も兼ねる)	フリガナ	ケンコウ サクラ	要支援者との 関係性	ケアマネ
	氏名 (団体名及び代表者)	健康 桜子		
	住所	館林市〇-△		
	連絡先	電話番号1：090-△-△ 電話番号2： メールアドレス：◇◇@◇◇ その他：		
避難支援者④ (緊急時連絡先も兼ねる)	フリガナ		要支援者との 関係性	
	氏名 (団体名及び代表者)			
	住所			
	連絡先	電話番号1： メールアドレス： その他：		

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。

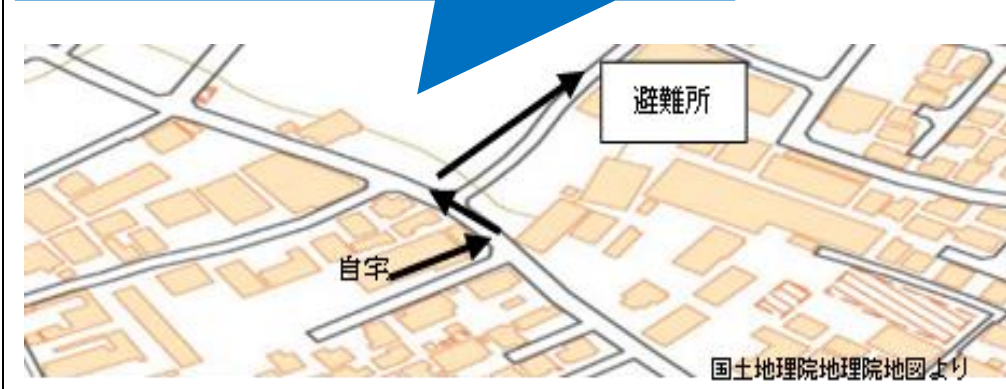
優先的に連絡を取る避難支援者から順番に、上から記入ください。また、可能な限り複数名を記入ください。

※特に必要な記載内容がない場合は、「なし」又は「-」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、必要に応じて改行したうえ記入ください。

避難時に配慮しなくてはならない事項	(あてはまるもの全てに☑) ☒ 介護保険の認定を受けている【要介護認定区分： 要介護3 】 ☐ 手帳所持【障がい名： 等級：】 ☐ 障がい支援区分【区分： 】 ☐ 非該当 ☐ 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 ☐ 寝たきりである ☐ 医療機器の装着等をしている ☒ 音が聞こえない(聞き取りにくい) ☐ 幻視、幻聴がある ☐ 物が見えない(見えにくい) ☐ 言葉や文字の理解がむずかしい ☐ 自傷、他害行為がある ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ 透析治療を行っている ☐ その他 ()		
通院、服薬状況等・避難生活時の留意事項	既往歴 ☒ 有【病名： 糖尿病、喘息 】 ☐ 無 感染症 ☐ 有【病名： 】 ☒ 無 アレルギー ☒ 有【種類： 卵、小麦 】 ☐ 無		
	かかりつけ医及び服薬状況 ☒ 有 ☐ 無 ①病院名： 〇〇医院 主治医： 〇〇先生 連絡先： 0276-△-△ 通院頻度：月・ 週 2 回受診 【処方薬： 具体的に記入してください 】		
	②病院名： 主治医： 連絡先： 通院頻度：月・週 回受診 【処方薬：】		
	介護、障がいサービス利用状況 ☒ 有 ☐ 無 訪問系：週 3 回利用 【事業所名： 〇〇介護サービス 連絡先： 0276-△-△ 】		
	通所系：週 1 回利用 【事業所名： 〇〇介護 連絡先： 0276-△-△ 】		
	ADLの状況(介助を要するものにチェック) 【 ☐ 食事 ☐ 入浴 ☒ 排泄 ☒ 更衣 ☐ 移乗 ☐ 移動 ☐ 起居 ☐ 整容】		
	食事の形態 【 ☐ 常食 ☐ 嚥下食 ☒ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ とろみ剤使用 ☐ 胃ろう】		
	その他 ・ 左耳が聞き取りにくいいため、話しをするときは右側から		
	避難経路図 ※避難先までの所要時間と距離【 ☒ 車 ☐ 徒歩 10分、5km 】		

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。



• 避難経路

自宅⇒〇〇信号を左折⇒〇
〇交差点を右折
⇒直進⇒□□福祉センター

※特に必要な記載内容がない場合は、「なし」又は「－」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
改行したうえ記入ください。

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【 32 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【 3 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

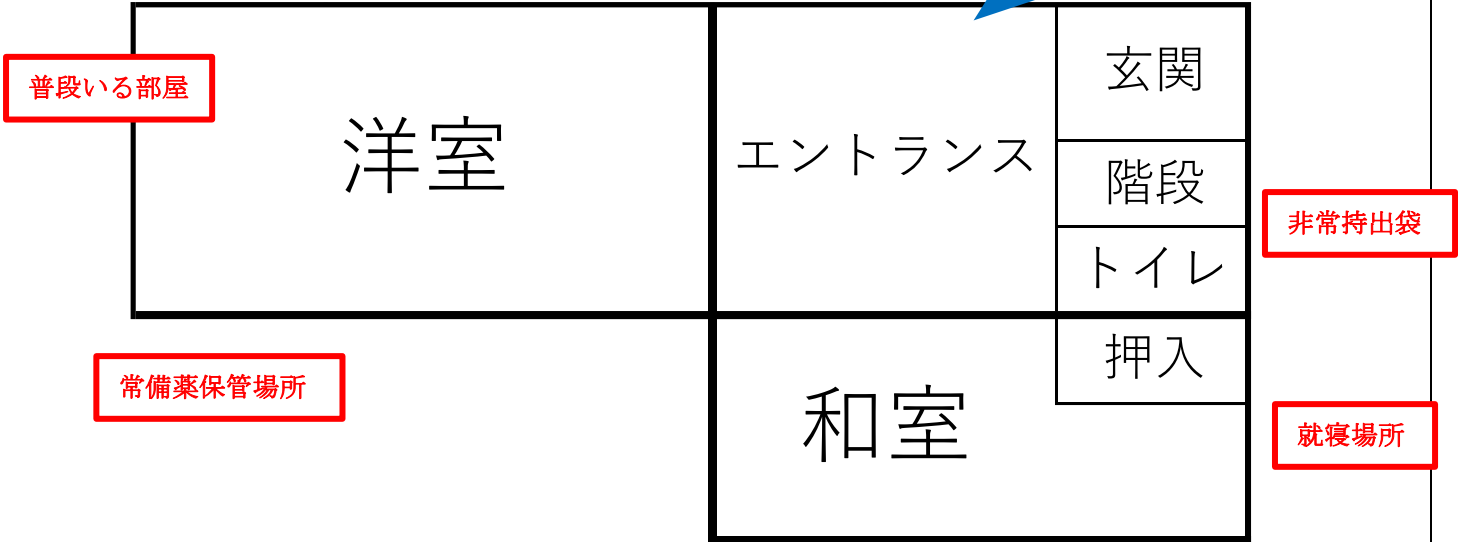
●その他避難時の特記事項

- ・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

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、狹隘部、急勾配、段差等を記入ください。

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」又は「－」と記載しても可とします。