

避難行動要支援者のための個別避難シート

基礎情報	(フリガナ) 氏名		生年月日		
	住所			性別	
	連絡先 (携帯電話等)		FAX		
	E-mail				
	家族構成 ・ 同居情報等				
要支援情報	介護認定	要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)	
	障害支援区分	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 6級
		<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2
<input type="checkbox"/> 精神		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	
その他留意事項	※指定難病等あればここに記載				
家族等 緊急 連絡先	①	(フリガナ) 氏名		連絡先 (携帯電話等)	
		住所		FAX	
		関係		E-mail	
	②	(フリガナ) 氏名		連絡先 (携帯電話等)	
		住所		FAX	
		関係		E-mail	
緊急時の情報伝達方法					
避難誘導時の留意事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 医療機器等を装着・使用している				
携行医薬品					

避難場所	経路①	避難場所		避難手段	
	経路②	避難場所		避難手段	
備考					
避難支援者	①	(フリガナ) 氏名		連絡先 (携帯電話等)	
		住所		FAX	
		関係		E-mail	
	②	(フリガナ) 氏名		連絡先 (携帯電話等)	
		住所		FAX	
		関係		E-mail	
	③	(フリガナ) 氏名		連絡先 (携帯電話等)	
		住所		FAX	
		関係		E-mail	

※避難支援者が3名を超える場合については、別紙を作成して添付してください。

※避難支援者の欄については、以下の(確認事項)をご確認のうえ、避難支援者となる方ご本人がご記入ください。

(確認事項)

- (1) この個別避難シートの作成後は、平常時は避難支援者に、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、避難支援等関係者に個別避難シートの情報を提供します。
- (2) この個別避難シートの作成により、あなたは避難支援者から災害が発生し、又は発生するおそれがある場合における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者やその家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の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。
- (3) この個別避難シートの作成により、避難行動要支援者の災害時の避難行動について、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。

上記の確認事項について、同意します。

年 月 日 氏名

代理署名

(本人との関係)

※避難行動要支援者ご本人がご記入ください。ご本人が記入しない場合は、代理署名をお願いします。