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	（　サカイ　タロウ 堺　太郎　）		
	生年月日	1950年11月23日	性別	男
	住　　所	堺市△区〇〇-×××		
	連絡先 （携帯電話等）	090-XXXX-OOOO	FAX	072-XXX-OOOO
	E-mail			
	家族構成 同居情報等	・妻（80歳）要介護度1と二人暮らし ・子は▲▲市在住		
要支援情報	介護認定	要介護4	障害支援区分	
	障害者手帳	☑ 身体障害者手帳　6級 ☐ 療育手帳 ☐ 精神保健福祉手帳	（障害の種類・等級） 聴覚障害6級	
	その他留意事項 （指定難病等）			
緊急時の情報伝達方法	・左耳が聞き取りにくいため、話をするときは右側から声掛けを行う。 ・本人も妻も警報に気づかない可能性がある為、玄関の扉を開けて声掛けが必要			
避難誘導時の留意事項	☐ 立つことや歩行ができない ☐ 音が聞こえない（聞こえにくい） ☐ ものが見えない（見えにくい） ☐ 医療機器等を装着・使用している ☑ その他	移動・移乗が1人でできず、妻も要介護度1であり、本人を1人では移動させることができないため、支援が必要。		

避難方法・避難経路	①	避難場所		避難手段		
		（記入例）避難行動要支援者のための個別避難シート【避難場所・避難経路】の記入例を参照し、記載してください。				
	②	避難場所		避難手段		
		（記入例）避難行動要支援者のための個別避難シート【避難場所・避難経路】の記入例を参照し、記載してください。				
	被害想定	津波	高潮	洪水	土砂災害	内水氾濫
		0.3m-1.0m未満	3m-5m未満	被害想定なし	該当なし	0.45m-0.6m未満
備考欄		棚、タンス等を突っ張り棒で固定する。				

家族等 緊急 連絡先	①	（フリガナ） 氏　名	（　サカイ　ハナコ 堺　花子　）	関　係	妹
		住　所	堺市△区OO-OOO		
		連絡先	080-XXXX-OOOO	FAX	072-XXX-OOOO
		E-mail	hanako_sakai@OOO		
		☑ 避難支援者として登録する　☐ 避難支援者として登録しない			
	②	（フリガナ） 氏　名	（　サカイ　イチロウ 堺　一郎　）	関　係	子
		住　所	▲▲市XX-XXXX		
		連絡先	070-XXXX-OOOO	FAX	
		E-mail	ichiro_sakai@OOO		
		☐ 避難支援者として登録する　☑ 避難支援者として登録しない			

↓家族等緊急連絡先で避難支援者として登録された方以外の避難支援者をご記入ください。

避　難 支援者 ※家族等緊急連絡先で避難支援者として登録された方以外	①	（フリガナ） 氏　名	（　チク　ジロウ 地区　二郎　）	関　係	近隣住民
		住　所	堺市△区XXX-XOXO		
		連絡先	090-XXXX-OOOO	FAX	072-XXX-OOOO
		E-mail	jiro_chiku@OOO		
	②	（フリガナ） 氏　名	（　〇〇〇カイゴシエンジギョウショ 〇〇〇介護支援事業所　）	関　係	居宅介護支援事業所
		住　所	堺市〇区△△-××××		
		連絡先	072-XXX-XXXX	FAX	072-XXX-XXXX
		E-mail	kaigoshien@〇〇〇		
	③	（フリガナ） 氏　名	（　）	関　係	
		住　所			
		連絡先		FAX	
		E-mail			

以下の（確認事項）を避難支援者となる方ご本人がご確認ください。

（確認事項）

（1）この個別避難シートの作成後は、平常時から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）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なく、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。

■個別避難計画作成者

事業所名	○○○介護支援事業所	避難行動要支援者との関係	ケアマネジャー
住所	堺市○区△△-×××		
氏名	○○　○○	連絡先（携帯電話等）	080-XXXX-OOOO
E-mail	kaigoshien@○○○	FAX	072-XXX-XXXX

■事業所一覧

○居宅介護支援事業所

事業所名	○○○介護支援事業所	連絡先（携帯電話等）	080-XXXX-OOOO
住所	堺市○区△△-×××		
介護支援専門員氏名	○○　○○	FAX	072-XXX-XXXX

○相談支援事業者

事業所名	△△△相談支援センター	連絡先（携帯電話等）	070-XXXX-XXXX
住所	堺市△区○○-×××		
相談支援専門員氏名	△△　△△	FAX	072-XXX-XXXX

○サービス提供事業所

①	事業所名	○△×デイサービス	連絡先（携帯電話等）	080-XXXX-XXXX
	住所	堺市△区○○-×××		
	サービス種別	短期入所生活介護（ショートステイ）	FAX	072-XXX-XXXX
②	事業所名	○△×居宅介護	連絡先（携帯電話等）	070-XXXX-XXXX
	住所	堺市○区××-△△△		
	サービス種別	居宅介護支援	FAX	
③	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
④	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑤	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	

⑥	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑦	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑧	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑨	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑩	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑪	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑫	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑬	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	
⑭	事業所名		連絡先（携帯電話等）	
	住所			
	サービス種別		FAX	