

避難行動要支援者のための個別避難シート

基礎情報	氏名	(フリガナ) (サカイ タロウ) 堺 太郎	生年月日	昭和〇年△月×日		
	住所	堺市△区〇〇-×××			性別	男
	連絡先 (携帯電話等)	000-XXXX-0000	FAX	072-XXX-0000		
	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 ・隔週で妹(70歳)が訪問				
要支援情報	介護認定	要介護3				
	障害支援区分					
	障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳	6級	(障害の種類・等級) 聴覚障害6級		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳				
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳						
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	氏名	(フリガナ) (サカイ ハナコ) 堺 花子	連絡先 (携帯電話等)	000-XXXX-0000	
		住所	堺市△区〇〇-〇〇〇		FAX	072-XXX-0000
		関係	妹	E-mail	hanako_sakai@〇〇〇	
	②	氏名	(フリガナ) (サカイ イチロウ) 堺 一郎	連絡先 (携帯電話等)	000-XXXX-0000	
		住所	△△県▲▲市XX-XXXX		FAX	000-XXX-0000
		関係	子	E-mail	ichirou_sakai@〇〇〇	
緊急時の情報 伝達方法	・左耳が聞き取りにくいいため、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	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> ものが見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 医療機器等を装着・使用している <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 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。 </div>					
携行医薬品	血圧を下げる薬(1日1錠)※(お薬手帳のコピーを用意) ※最新のお薬手帳の内容を確認する。					

避難場所	経路①	避難場所		避難手段		【記入例(避難場所・避難経路)を参照し、記載してください。】		
	経路②	避難場所		避難手段		【記入例(避難場所・避難経路)を参照し、記載してください。】		
	備考	【記入例(避難場所・避難経路)を参照し、記載してください。】						
避難支援者	①	(フリガナ) 氏名	サカイ ハナコ 堺 花子		連絡先 (携帯電話等)	000-XXXX-0000		
		住所	堺市△区00-000			FAX	072-XXX-0000	
		関係	妹	E-mail	hanako_sakai@000			
	②	(フリガナ) 氏名	チク イチロウ 地区 一郎		連絡先 (携帯電話等)	000-XXXX-0000		
		住所	堺市△区XXX-XOXO			FAX	072-XXX-0000	
		関係	近隣住民	E-mail	ichirou_chiku@000			
	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)

- 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。
- 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。
- 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。

XXXX 年 00 月 00 日 氏名 堺 太郎

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。

■事業所一覧

○居宅介護支援事業所

(フリガナ) 事業所名	(〇〇〇カイゴシエンジギョウシヨ 〇〇〇介護支援事業所)	連絡先 (携帯電話等)	〇〇〇-XXXX-XXXX
住所	堺市〇区△△-×××	FAX	072-XXX-XXXX
介護支援専門員氏名	〇〇 〇〇		

○相談支援事業者

(フリガナ) 事業所名	(△△△ソウダンシエンセンター △△△相談支援センター)	連絡先 (携帯電話等)	〇〇〇-XXXX-XXXX
住所	堺市△区〇〇-×××	FAX	072-XXX-XXXX
相談支援専門員氏名	△△ △△		

○サービス提供事業所

①	(フリガナ) 事業所名	(〇△×デイサービス 〇△×デイサービス)	連絡先 (携帯電話等)	〇〇〇-XXXX-XXXX
	住所	堺市×区△△-〇〇〇	FAX	072-XXX-XXXX
	サービスの種類	通所介護(デイサービス)		
②	(フリガナ) 事業所名	(〇△×ショートステイ 〇△×ショートステイ)	連絡先 (携帯電話等)	〇〇〇-XXXX-XXXX
	住所	堺市△区〇〇-×××	FAX	072-XXX-XXXX
	サービスの種類	短期入所生活介護(ショートステイ)		
③	(フリガナ) 事業所名	(〇△×キョウカク 〇△×居宅介護)	連絡先 (携帯電話等)	〇〇〇-XXXX-XXXX
	住所	堺市〇区××-△△△	FAX	072-XXX-XXXX
	サービスの種類	居宅介護支援		
④	(フリガナ) 事業所名	()	連絡先 (携帯電話等)	
	住所		FAX	
	サービスの種類			
⑤	(フリガナ) 事業所名	()	連絡先 (携帯電話等)	
	住所		FAX	
	サービスの種類			
⑥	(フリガナ) 事業所名	()	連絡先 (携帯電話等)	
	住所		FAX	
	サービスの種類			