

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	昭和○年△月×日		
	住所	堺市△区○○-×××			性別	男
	連絡先 (携帯電話等)	090-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4				
	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 checked="" 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	(フリガナ) 氏名	(サカイ ハナコ) 堺 花子	連絡先 (携帯電話等)	080-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	(サカイ イチロウ) 堺 一郎	連絡先 (携帯電話等)	070-XXXX-0000	
		住所	▲▲市XX-XXXX		FAX	000-XXX-0000
		関係	子	E-mail	ichiro_sakai@000	
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 checked="" type="checkbox"/> その他 <input 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。					

避難方法	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。				
避難経路	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。				
備考	(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。				

避難支援者	①	(フリガナ) (サカイ ハナコ)	氏名	堺 花子	連絡先 (携帯電話等)	080-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) (チク ジロウ)	氏名	地区 二郎	連絡先 (携帯電話等)	090-XXXX-0000	
		住所	堺市△区XXX-XOXO			FAX	072-XXX-0000
		関係	近隣住民	E-mail	jiro_chiku@000		
	③	(フリガナ) (〇〇〇カイゴシエンジギョウシヨ)	氏名	〇〇〇介護支援事業所	連絡先 (携帯電話等)	072-XXX-XXXX	
		住所	堺市〇区△△-×××			FAX	072-XXX-XXXX
		関係	居宅介護支援事業所	E-mail	kaigoshien@〇〇〇		

※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。

※避難支援者の欄に記載する避難支援者は、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。

XXXX 年 〇〇 月 〇〇 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。

■個別避難計画作成者

事業所名	(フリガナ) ○○○カイゴシエンジギョウシヨ ○○○介護支援事業所	連絡先 (携帯電話等)	080-XXXX-0000
住所	堺市○区△△-×××	FAX	072-XXX-XXXX
氏名	○○ ○○	避難行動要支援者との関係	ケアマネジャー
E-mail	kaigoshien@○○○		

■事業所一覧

○居宅介護支援事業所

事業所名	(フリガナ) ○○○カイゴシエンジギョウシヨ ○○○介護支援事業所	連絡先 (携帯電話等)	080-XXXX-0000
住所	堺市○区△△-×××	FAX	072-XXX-XXXX
介護支援専門員氏名	○○ ○○		

○相談支援事業者

事業所名	(フリガナ) △△△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)	070-XXXX-XXXX
住所	堺市△区○○-×××	FAX	072-XXX-XXXX
相談支援専門員氏名	△△ △△		

○サービス提供事業所

①	事業所名	(フリガナ) ○△×デイサービス ○△×デイサービス	連絡先 (携帯電話等)	090-XXXX-XXXX
	住所	堺市×区△△-○○○	FAX	072-XXX-XXXX
	サービス種別	通所介護(デイサービス)		
②	事業所名	(フリガナ) ○△×ショートステイ ○△×ショートステイ	連絡先 (携帯電話等)	080-XXXX-XXXX
	住所	堺市△区○○-×××	FAX	072-XXX-XXXX
	サービス種別	短期入所生活介護(ショートステイ)		
③	事業所名	(フリガナ) ○△×キョクカク ○△×居宅介護	連絡先 (携帯電話等)	070-XXXX-XXXX
	住所	堺市○区××-△△△	FAX	072-XXX-XXXX
	サービス種別	居宅介護支援		
④	事業所名	(フリガナ)	連絡先 (携帯電話等)	
	住所		FAX	
	サービス種別			
⑤	事業所名	(フリガナ)	連絡先 (携帯電話等)	
	住所		FAX	
	サービス種別			