

御殿場市災害時要援護者避難支援計画(個別計画)

作成日:平成 年 月 日

要援護者本人の情報

フリガナ			自治会名	区 組 班		
氏名						
生年月日	明・大 昭・平 日	年 月	年齢	歳	性別	男・女
住所	御殿場市					
電話/FAX	自宅:			携帯:		
家族構成 状況等	世帯主氏名		世帯員数			

支援が必要となる要援護者の状態

<input type="checkbox"/> 目が不自由	<input type="checkbox"/> 耳が不自由	<input type="checkbox"/> 手が不自由	<input type="checkbox"/> 足が不自由
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 車いすを利用	<input type="checkbox"/> 持続的な医療行為が必要(透析・痰の吸引など…)	
<input type="checkbox"/> 呼吸器・心臓の疾患により安静が必要	<input type="checkbox"/> 避難指示の理解が難しいなど、意志疎通が困難		
<input type="checkbox"/> 特殊な薬を服用している	<input type="checkbox"/> 急に動き出すなど突発的な行動がある		

避難の際に注意すべき事項支援の方法・留意事項

避難所までの移動について支援		避難時・避難所での留意事項			
<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動の際に介助が必要 ※具体的に <input type="checkbox"/> 杖・歩行器が必要 <input type="checkbox"/> 車いすの介助が必要 <input type="checkbox"/> 担架・リアカーなどが必要 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 医療器材の運搬が必要 <input type="checkbox"/> 常備薬の携行してるか確認必要 <input type="checkbox"/> その他()		【例】避難時に携行が必要な医薬品等がある			
組・班の集 場所					
区の避難所					
市指定避難所					
かかりつけ の医療機関		服薬の 有・無	有・無	薬名	

その他、本人の詳しい状態・具体的な支援方法など

【例】 平日のみ支援が必要、昼間のみ支援が必要、人工透析を受けている、人工肛門(ストマ)を増設している、紙おむつを利用しているなど…

緊急連絡先①	連絡先氏名		連絡先 電話番号	携帯： 自宅：	
	連絡先住所				続柄
緊急連絡先②	連絡先氏名		連絡先 電話番号	携帯： 自宅：	
	連絡先住所				続柄
避難支援者 (安否確認・ 避難誘導等)	①	氏名		電話 FAX	自宅： 携帯：
		住所			
	②	氏名		電話 FAX	自宅： 携帯：
		住所			

※ 避難支援者についても災害時に援護が必要になる可能性もあることから、避難支援者について責任を課すものではありません。