避難行動要支援者調査票（個別避難計画）

様式第５号

|  |  |
| --- | --- |
| 最寄りの  避難場所 |  |

この調査票は、貴殿が避難行動要支援者名簿の外部提供の同意書に基づくものであり、日頃の予防活動や災害時の避難支援に役立てます。

なお、この調査は災害時の支援を保障するものではなく、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

【避難行動要支援者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 電話番号 | （　　　） | 同居者 | 有　・　無 |
| 血液型 |  | 行政区 |  |
| 同意欄 | 趣旨を踏まえ、調査及び地域支援者への情報提供を了承します。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | |

【避難行動要支援状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の状況 | １　寝たきり　　　２　手が不自由　　３　足が不自由  ４　目が不自由　　５　耳が不自由　　６　言葉が不自由  ７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要支援の事由 | 1. ７５歳以上の単身高齢者及び７５歳以上の高齢者のみの世帯の者 2. 身体障害者手帳１級又は２級所持者 3. 療育手帳Ａ所持者 4. 精神障害者保健福祉手帳１級所持者 5. 特別児童扶養手当１級に相当する児童 6. 介護保険法における要介護度３以上の認定者 7. 難病患者のうち、町の生活支援を受けている者 8. 登録希望者（希望する理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受けたい支援の内容 | 1. 避難所まで支援者による介助 2. 避難所まで支援者による同行（見守り） 3. 自力での避難が可能であるが、安否確認や声かけ 4. 同居者等による支援により避難可能のため、安否確認のみ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけの  医療機関 | 医療機関名 |  | | | | 電話番号 | |  |
| 治療中の症状 |  | | | | 担当医 | |  |
| 備考 | (服薬名など) | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | 電話番号 | |  |
| 治療中の症状 |  | | | | 担当医 | |  |
| 備考 | (服薬名など) | | | | | | |
| 在宅介護支援事業者 |  | | | 電話番号 | | |  | |
| 担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | | |  | |
| 避難時必要となる  もの | １　車いす　　２　担架　　　３　酸素吸入器  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 地域支援者 | 氏　　名 | | 関係・所属 | | 住　　所 | | | 電話番号 |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| 特記事項 | (避難の際の留意事項などを記入) | | | | | | | |

【緊急時の連絡先】

ふりがな

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順 | 氏　　名 | 要支援者  との関係 | 住　　　所 | 電話番号 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |

【調査票作成者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 作成者氏名 |  | 電話番号 |
| 所属団体 |  | （　　） |