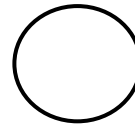


とりあつかいちゅうい
取扱注意

ひなんこうどうようしえんしゃひなんこうどうしえん
避難行動要支援者避難行動支援プラン
こべつけいかく
個別計画

支援区分



れいわ ねん がつ ひまくせい
令和 年 月 日作成

ふりがな			せいねん 生年 がっぴ 月日	めい・たい 明・大 ねん 年 がっぴ 月 にち 日								
しめい 氏名	(おとこ・おんな 男・女)		ちようかい じちかい 町会・自治会 かにゆう ばあい (加入の場合)									
じゆうしょ 住所												
しんせいしゃ 申請者	じたくでんわ 自宅電話		F A X									
れんらくさき 連絡先	けいたいでんわ 携帯電話		メールアドレス									
どうきよにん 同居人の有無	<input type="checkbox"/> あり(人) <input type="checkbox"/> なし		かぞくこうせい 家族構成など									
ひなんじ 避難時に配慮 しなくてはな らない事項	<p>(あてはまるものすべてに<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/>立つことや歩行ができない</td><td><input type="checkbox"/>音が聞こえない(聞き取りにくい)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>物が見えない(見えにくい)</td><td><input type="checkbox"/>言葉や文字の理解がむずかしい</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>危険なことを判断できない</td><td><input type="checkbox"/>顔を見ても知人や家族とわからない</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>その他</td><td></td></tr></table>				<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい)	<input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい)	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい)											
<input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい)	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい											
<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない											
<input type="checkbox"/> その他												

(登録及び情報を提供することについて同意を得たうえで、できるだけ記入してください。)

緊急時の 連絡先	ふりがな	だい 第1連絡先	だい 第2連絡先	
	しめい 氏名(団体名)			
	ほんにん 本人との関係			
	じゆうしょ 住所			
	でんわばんごう 電話番号	じたく (自宅) けいたい (携帯)	じたく (自宅) けいたい (携帯)	
メールアドレス				
びょういん やっきよなど 病院、薬局等で、マイナンバーカードを利用し、医療情報等 の提供に同意していますか。		どうい 同意している ・ どうい 同意していない		
	めい 名称	しよざい 所在地	れんらくさき 連絡先	びこう 備考
ひなんばしょ 避難場所①				
ひなんばしょ 避難場所②				

※裏面もご記載ください。

<small>じしゅ ぼうさい そしき めい</small> 自主防災組織名 <small>じちかい めい</small> (自治会名)		<small>みんせい いん じどう いん</small> 民生委員児童委員	
---	--	--	--

避難支援者情報※	ふりがな	支援者 1	支援者 2
	氏名又は、団体名 及び代表者		
	住所		
	電話番号 メールアドレス	(自宅) (携帯)	(自宅) (携帯)

※避難支援者とは、安否確認タオルを確認する等、申請者の無事をできる範囲で確認等する方です。

【特記事項】

■かかりつけ
(病院名) (科) ☎

■普段飲んでいる薬

■介護保険サービス・障害福祉サービスの利用状況 (利用の場合は記入)

①ケアマネジャー・相談支援専門員(事業所名)・担当者()
(連絡先)

②訪問系(事業所名)・曜日、時間()

③通所系(事業所名)・曜日、時間()

④その他(事業所名)・曜日、時間()

■普段いる部屋 ■寝ている部屋

1階()・2階() 1階()・2階()

避難場所など情報 ※位置・経路・移動するまでの注意すべき事項など

■避難経路・避難方法・避難所の運営における配慮など

- (1) この個別計画に関する情報は、災害時の避難支援活動、安否確認、見守り活動などの日頃の支援活動などに利用するものであり、それ以外の用途に使用したり、他に提供することを禁止します。
- (2) この個別計画は、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、また避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

泉佐野市長

上記避難支援など関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、泉佐野市に報告することを了承します。

令和 年 月 日

氏名