

**記 入 例**

三郷市避難行動要支援者避難支援プラン（個別避難計画）

《同意確認》

私は、この計画に記載された個人情報等の避難行動要支援者名簿情報を、災害時の避難支援の目的で、居住管内の避難支援等関係者（市関係部署、消防機関（消防署、消防団）、町会・自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員等）に対し、平常時から提供することに同意します。

**ご 署 名 欄**

●●年▲▲月■日

要支援者（ご本人） 三郷 太郎

※ご本人が自署できない場合は、代理人が代理人名を署名し、要支援者との関係を記載

《ご注意》

この「個別避難計画」の作成は、普段からあなたの情報を地域で把握し、顔の見える関係を築き、地域の助け合いによって、少しでも災害時の被害を減らそうとするものです。

ただし、避難支援等関係者の任意の協力により行われるものとなりますので、避難支援にあたるかたは法的な責任や義務を負うものではありません。

よって、災害時の避難支援や安否確認が保証されるものではありませんので、可能な範囲でご自身による備えをお願いします。

1. 要支援者（ご本人）の情報

※太枠内をご記入ください

フリガナ	ミサト タロウ		生年月日	
氏 名	三郷 太郎		昭和8年 1月 1日	
住 所	三郷市 花和田648-1 三郷マンション703号室		電話	日中 048 (953) 1111
				夜間 090 (xxxx) xxxx
			FAX	048 (953) 8311
緊急連絡先	氏名 団体名	① 三郷 花子	② 三郷 次郎	
	住 所	埼玉県 △△市〇〇 □-□	東京都 〇〇区〇〇 〇-〇-〇	
	電 話	日中 090 (xxxx) xxxx 夜間 048 (xxx) xxxx	日中 03 (xxx) xxxx 夜間 090 (xxxx) xxxx	
	メールアドレス	xxxx@xxxx.com	xxxx@xxxx.com	
	続柄（関係）	長女	弟	
避難場所	市の指定避難所		地域の一時集合場所	
	●●小学校		●●集会所	

※裏面もご記入ください

## 2.必要とする支援の内容

必要とする支援 (あてはまる項目 を1つ〇で囲んで ください)	1 自力で動ける。支援は不要。 2 自力で動ける。安否確認・声かけが必要。 3 自力で動ける。安否確認・声かけ・避難誘導(同行)が必要。 ④ 自力で動けない。介助が必要。
安否確認・ 声かけ・ 避難誘導(同行) 時の留意事項  (あてはまる項目に ✓を入れてくださ い。)	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) <input checked="" type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 会話ができない <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 家族や知人の顔を見ても認識できない <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器や人工透析が必要 <input type="checkbox"/> その他( )
避難時・避難先で 必要な器具等	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> めがね <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> 担架 <input checked="" type="checkbox"/> 代筆するための紙等 <input type="checkbox"/> その他( )

## 3.日常の生活状況

(※戸建ての場合のみ) 普段の生活は何階でお過ごしですか。	<input type="checkbox"/> 地階 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階以上
お一人になる時間帯はいつですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時

## 4.避難支援等実施者の情報(隣近所のかたなどにお問い合わせください。)

※必ず、記載するかたの同意を得てから記入してください。

氏名・団体名	① 埼玉 三郎	② 三郷マンション自治会 2班
住所	花和田648-1 702号室	花和田648-1 601号室
電話	日中 080-xxxx-xxxx 夜間 048-953-xxxx	日中 090-xxxx-xxxx 夜間 048-953-xxxx
要支援者との関係	隣の部屋の住民	自治会2班 班長

## 5. その他

服用中の薬の名称 (※)	降圧薬
特記事項	(その他支援するうえで参考になる事項(特に持病による継続治療内容は必須)、アレルギーなどを記入してください。) 人工透析を週3回受けている

※お薬手帳等の写しも添付していただくと、いざというとき役立ちます。