

船橋市 避難行動要支援者のための個別避難計画(要介護認定者向け記入例)

作成日:令和 ●年 ●月 ●日

作成者:船橋 太郎

① 基礎情報	A	ふりがな	ふなばし はなこ			
		氏名	船橋 花子			
	B	生年月日	□大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □平成 □令和 ●年 ●月 ●日			
	C	性別	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 □他			
	D	居住地	船橋市 湊町2-10-25			
	E	電話	047(●●●)●●●●●	090(●●●●●)●●●●●		
	F	同居家族等 (本人は除く)	<input checked="" type="checkbox"/> いる 2人(うち平日昼間在宅 1人)			
<input type="checkbox"/> いない						
G	町会・自治会	●●自治会				
② 緊急連絡先	A	一人目	氏名	船橋 太郎		
			本人から見た続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子(義理の子も含む) □夫 □妻 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □その他()		
			住所	本人と同じ		
			電話	090(●●●●●)●●●●●	()	
	E	二人目	氏名	千葉 愛子		
			本人から見た続柄	□子(義理の子も含む) □夫 □妻 □父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 <input checked="" type="checkbox"/> その他(友人)		
			住所	船橋市湊町●-●-●		
			電話	047(●●●●●)●●●●●	()	
③ 避難支援者	A	一人目	氏名又は団体等	●●自治会		
			住所	船橋市湊町●-●-●		
			電話	047(●●●●●)●●●●●	()	
	D	二人目	氏名又は団体等	千葉 愛子		
			住所	船橋市湊町●-●-●		
			電話	047(●●●●●)●●●●●	()	

④災害リスク	A	浸水想定	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 洪水・内水(最大浸水 M)	<input type="checkbox"/> 高潮(最大浸水 M)	
			【その他(詳細)】			
	B	土砂災害	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 土砂災害(特別)警戒区域		
			【その他(詳細)】			
	C	地震想定	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> 建物倒壊	<input type="checkbox"/> 津波	
			【その他(詳細)】 昭和45年建築の木造住宅			
⑤避難行動要支援者の状態	A	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	級	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	
			<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	
			<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	
	B	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
	C	要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
			要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
	D	相談支援専門員	事業所名:			
	担当者名:					
	連絡先:					
E	ケアマネジャー	事業所名: ●●ケアプランセンター				
		担当者名: 風 さやか				
		連絡先: 047 (●●●●) ●●●●				
F	その他サービス① (デイサービス等)	事業所名: デイサービス●●				
		担当者名: 汗 一平				
		連絡先: 047 (●●●●) ●●●●				
G	その他サービス② (デイサービス等)	事業所名:				
		担当者名:				
		連絡先: ()				

⑤ 避難行動要支援者の状態	H	主な疾患・障害	・脳梗塞により右側に軽い麻痺がある
	I	かかりつけ医療機関①	●●病院
		電話番号	047 (●●●) ●●●●
	J	かかりつけ医療機関②	
		電話番号	()
	K	携行医薬品	・高血圧剤
・便を柔らかくする薬			
L	介護・医療機器	・歩行器	
M	その他留意事項		
⑥ 避難支援に関する留意事項	A	避難行動時に必要な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 介護・医療機器の運搬等に介助が必要 <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない 【その他(詳細)】 ・歩行器を使用しているため、段差など注意が必要
	B	避難先で必要な支援	介助が必要 (<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 着替え <input checked="" type="checkbox"/> 入浴) 【その他(詳細)】 ・床に座ることが困難なので椅子が必要
	C	在宅避難時に必要な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 情報収集に助けが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 避難所までの移動が困難なため、救援物資の受け取りのために手助けが必要 【その他(詳細)】

警戒レベル別の行動計画 (土砂災害・浸水想定が該当なしの場合は在宅避難を基本とする)		
⑦ 風水害時の行動	A	避難先 ●●小学校
	B	警戒レベル1・2 目安: 気象注意報等 ① 気象情報の収集 ② 緊急連絡先・避難支援者との連絡方法の確認 ③ 防災グッズ・非常食等の用意
		警戒レベル3 高齢者等避難 目安: 大雨警報 洪水警報等 ① 緊急連絡先・避難支援者と連絡を取りあう ② 避難支援者と協力して避難先へ避難
		警戒レベル4 避難指示 目安: 土砂災害警戒情報等
	警戒レベル5 緊急安全確保 目安: 大雨特別警報等 避難のために外出することで、かえって危険が及ぶような状態では、自宅内のより安全な場所に避難する。	
震度5強以上の地震発生時の行動計画 (自宅の安全が確保されている場合は在宅避難を基本とする)		
⑧ 大地震時の行動	A	避難先 ●●小学校
		安否確認 緊急連絡先・避難支援者と連絡を取りあい、安否確認を行う。
		避難支援 倒壊などにより在宅避難が難しい場合は、避難支援者と協力して避難先へ避難する。
⑨ 避難経路	A	 <p>原則、船橋市「宿泊可能避難所」を避難先にしてください。 【避難施設一覧(市ホームページ)】</p>  <p>お住まいの住所による避難場所の指定はしていませんので、自由に避難所を選択していただけます。また、災害時における千葉県内の相互応援協定に基づき、近隣市の避難施設に避難していただいても構いません。</p>