

# 個別避難計画

令和 年 月 日

氏名		電話	
		FAX	
住所		携帯	
		メールアドレス	
加入自治会			
生年月日	年 月 日	性別	
(障害、要介護、療育)の別		障害等級、要介護状態区分、療育判定等	

## 緊急連絡先及び避難支援者

緊急時の連絡先① <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	氏名(団体名)		
	住所		
	連絡先	電話番号	(自宅) (携帯)
		メールアドレス	
その他			
緊急時の連絡先② <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	氏名(団体名)		
	住所		
	連絡先	電話番号	(自宅) (携帯)
		メールアドレス	
その他			
避難支援者① <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	氏名(団体名)		
	住所		
	連絡先	電話番号	(自宅) (携帯)
		メールアドレス	
その他			
避難支援者② <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	氏名(団体名)		
	住所		
	連絡先	電話番号	(自宅) (携帯)
		メールアドレス	
その他			

## 避難先等

避難先等及び避難経路 (地震の場合)		<input type="checkbox"/> 自宅外へ避難できない <input type="checkbox"/> 自宅で安全が確保できる
避難先等及び避難経路 (風水害の場合)		<input type="checkbox"/> 自宅外へ避難できない <input type="checkbox"/> 自宅で安全が確保できる

裏面に続きます

該当する箇所に☑をつけ、必要事項を記入してください

災害時に配慮しなくてはならない事項	あてはまるものすべてに☑ <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難しい <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分らない <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 乳幼児（                    人）保護者 <input type="checkbox"/> その他（                                    ） <input type="checkbox"/> 避難指示などが出た場合情報を伝えてほしい		
	コミュニケーションについて該当するものに☑ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手段があればできる <input type="checkbox"/> どんな手段を用いても理解できない コミュニケーションに必要な手段に☑ <input type="checkbox"/> 大きな声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 絵カード・写真 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他（                                    ）		
	避難について該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 避難する時に誰かに介助してほしい <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器所持 <input type="checkbox"/> 車椅子所持 <input type="checkbox"/> その他（                                    ）		
家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中ひとり <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障がい者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 乳幼児のいる世帯 <input type="checkbox"/> その他（                                    ）		
普段いる部屋		寝室の位置	

特記事項 配慮してほしいことや 必要な保健・医療・福祉 サービス	
---	--