

東温市避難行動要支援者 個別避難計画

■情報登録日:

■情報更新日:

No.

フリガナ 氏名				性別			写真
生年月日			歳	血液型			
住所	〒						
行政区	(組)		対象区分				
電話			携 帯				
FAX			メー ル				
世帯構成	①	続柄()		④	続柄()		
	②	続柄()		⑤	続柄()		
	③	続柄()		⑥	続柄()		
避難場所	①			避難所	①	<input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 地震	
	②			②	<input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 地震		
避難時に 支援が 必要な 内容	(あてはまるものすべてに☑をつけてください) <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(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> ものが見えない(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"/> 危険かどうか判断できない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>						
緊急時の 連絡先	①	氏名	続柄()		電話		
		住所			携 帯		
	②	氏名	続柄()		電話		
		住所			携 帯		
民生児童委員	氏名			電話			
協力員	①	氏名			電話		
		住所			携 帯		
	(支援内容等)						
	②	氏名			電話		
住所				携 帯			
(支援内容等)							
関係機器 設置状況	<input type="checkbox"/> 救急医療情報キット <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> その他()						

支援事業所		電話	
利用サービス			

かかりつけ 医療機関①		電話		治療中 疾患	
	(備考)				
かかりつけ 医療機関②		電話		治療中 疾患	
	(備考)				
お薬手帳	有 ・ 無				
その他 留意事項					

過去の訪問日①		訪問者	
過去の訪問日②		訪問者	

特記事項	
------	--

私は、上記事項を個別避難計画として登録し、災害時の避難支援のため、地域の避難支援等関係者(区・自主防災会、民生児童委員、消防団、警察、社会福祉協議会、市役所、消防)へ情報提供がされることに同意します。

※但し、この登録により、災害時に必ずしも避難支援がされることが約束されるものではありません

年 月 日

本人氏名 _____

代理人氏名 _____

