様式３

**（表）**

**個 別 避 難 計 画**

　年　　月　　日作成

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 名 | □福島 　□北方　 □大束  □本城 　□都井　 □市木 | | | | 自治会名 | |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 年齢 | | 歳 | | | 性別 | |  | |
| 氏　 名 |  | | | | 生年月日 | | □大正 □昭和 □平成 □令和  年　　 月　　 日 | | | | | | |
| 住所 | 串間市 | | | | 連絡先 | |  | | | | | | |
| 家族構成・同居状況等 | □独居　□高齢者のみ世帯（　　　人）　□その他（　　　人） | | | | | | | | | | | | |
| 支援が必要な時間帯 | □常時　□昼間　□夜間　□その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定  ／手帳状況 | 要介護認定3以上 | |  | 身体障がい者  手帳1級又は2級 | |  | | | 療育手帳A | | | |  |
| 精神障がい者  保健福祉手帳1級 | |  | 難病患者 | |  | | | その他 | | | |  |
| かかりつけ病院 | 病院名 | |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 病院名 | |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 福祉サービス利用状況 | 事業所名 | |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 事業所名 | |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 緊急時  連絡先  連絡先の外部提供について本人の同意を得ること | ① | 氏名 |  | | | | | 続柄 | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| ② | 氏名 |  | | | | | 続柄 | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 避難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☑  □立つことや歩くことができない　□音が聞こえない（聞こえにくい）  □物が見えない（見えにくい）　　□言葉や文字の理解がむずかしい  □危険なことを判断できない　　　□顔を見ても知人や家族と分からない  □医療機器装着【□人工呼吸器　□在宅酸素　□経管栄養、点滴】  　　　　　　　　【□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ）】 | | | | | | | | | | | | |
| 避難時  の持物 |  | | | | | | | | | | | | |
| その他  留意事項 |  | | | | | | | | | | | | |
| 避難支援  等関係者 | ① | 氏名 |  | | | | | 続柄 | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| ② | 氏名 |  | | | | | 続柄 | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 避難場所 | 風水害 | |  | | | | | | | | | | |
| 地震 | |  | | | | | | | | | | |
| 避難支援 | 介助の必要性 | | □介助不要　□一部介助が必要　□全介助が必要 | | | | | | | | | | |
| 具体的支援方法 | |  | | | | | | | | | | |
| 持物 | |  | | | | | | | | | | |
| 避難所 | | □排泄、食事、着替え等において介助を要する。  □周囲に配慮できない行動をとることがある。  □聴覚等の障がいにより、情報収集等に困難を伴う。  □その他、避難生活時に不安なことがある。 | | | | | | | | | | |
| 特記事項　※その他、避難について必要な情報を記入（自由記入） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

**（裏）**