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）**