|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者番号 |  | 氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  | 住所 |  |
| 耐震性 | 有　無　不明 | 家具転倒防止 | 済　未 | エリア | □土砂災害□洪水□火災 |
| 電話 |  | 携帯 |  |
| 同居親族等 | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療中の主な病気 |  |
| 障害等の内容 |  |
| かかりつけ医療機関 |  |
| かかりつけ薬局 |  |
| お薬手帳 | □有　□無 | ペースメーカー手帳 | □有　□無 | 透析 | □血液　□腹膜　□カード有 |
| 処方薬 | □別添（お薬手帳などの写し）のとおり |
| 担当福祉専門職 | 事業所名 |  |
| ケアマネ・相談支援専門員氏名 |  |
| 状　　　　態 | □杖使用　□一人では出歩けない　□立つことや歩行ができない |
| □車いす使用（□自操　□要介助）　□寝たきり |
| □耳が不自由（□全く聞こえない　□会話が難しい　□電話が困難）　□手話可能 |
| □目が不自由（□全盲又は全盲に近い　□文字等を読むことが困難） |
| □言葉や文字の理解が難しい　□危険なことを判断できない　□目が離せない |
| □医療的ケアが必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □その他（問題行動ほか） |
| 避難所(震災) |  | 避難所(風水害) |  |
| 避難場所 |  | その他避難先 |  |

（裏面へ続く）

|  |  |
| --- | --- |
| 避難先での必要な支援 | □会話困難　□電話不可　□トイレ介助　□食事介助　□個室対応希望　□透析□定期受診　□服薬　□声掛け　□視覚的な働きかけ（耳が不自由） |
| 緊急連絡先（団体可） | 氏名 |  | 住所等 |  |
| 続柄 |  |  |
| 電話 |  | 携帯 |  |
| 氏名 |  | 住所等 |  |
| 続柄 |  |  |
| 電話 |  | 携帯 |  |
| 氏名 |  | 住所等 |  |
| 続柄 |  |  |
| 電話 |  | 携帯 |  |
| 聞取実施者 | 所属： | 氏名： |
| 令和　　　　年　　　月　　　日上記の内容に誤りがないことを確認するとともに、香美市長に報告することを了承します。本計画を香美市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに同意します。氏名　　　　　　　　　　　　　　　（代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　） |