

個別避難計画書（その1）

利用者番号	S56. 6. 1 以降に建築（完成）又は耐震化工事を施工した場合は、「有」とする。				性別	
生年月日						
耐震性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	家具転倒防止	済未	エリア	<input checked="" type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 火災	
電話	0887-xx-xxxx		携帯	090-xxxx-xxxx		
同居親族等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（妻 息子夫婦）					
治療中の主な病気	認知症、糖尿病、高血圧など 避難に当たり支障のある病気					透析の方法 透析カードの有無
障害等の内容	下肢障害（右足首から下の欠損） 障害の部位や程度を記載					
かかりつけ医療機関	〇〇病院（糖尿病）、〇〇病院（認知症、高血圧） 複数の医療機関に通院している場合は、病名毎に分けて					
かかりつけ薬局	〇〇薬局（糖尿病）、〇〇病院の院内処方（認知症） 複数の薬局を利用している場合は、病名毎に分けて					
お薬手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ペースメーカー手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	透析	<input checked="" type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腹膜	<input checked="" type="checkbox"/> カード有
処方薬	<input type="checkbox"/> 別添（お薬手帳などの写し）のとおり 認知症でトラゼンダ錠（5mg）朝、昼、寝る前に2錠・・・、高血圧の薬を朝と夜・・・ 飲むタイミングと量と薬名前を（薬名が分からない場合は、何の薬かの説明だけでも）					
担当	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇				
福祉専門職	ケアマネ・相談支援専門員氏名					
状 態	<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 一人では出歩けない <input type="checkbox"/> 立つことや歩					
	<input type="checkbox"/> 車いす使用（ <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 要介助） <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	<input type="checkbox"/> 耳が不自由（ <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 会話が難しい <input type="checkbox"/> 電話が困難） <input type="checkbox"/> 手話可能					
	<input type="checkbox"/> 目が不自由（ <input type="checkbox"/> 全盲又は全盲に近い <input type="checkbox"/> 文字等を読むことが困難）					
	<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"/> 目が離せない					
	<input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要（					
	<input type="checkbox"/> その他（問題行動ほか）					
該当するものにチェックする。						
突発的に走り出す。徘徊のため、目が離せない。 その他避難又は避難後に留意する必要がある事項や上記該当事項の補足説明を						
避難所(震災)	〇〇会館 ※指定避難所のみ		避難所(風水害)	〇〇公民館 ※指定避難所のみ		
避難場所	〇〇小学校運動場		その他避難先	〇〇集会所、息子（高知市）宅、車中泊		

（裏面へ続く）

個別避難計画書（その1）

留意事項 (必要な支援)	避難誘導時	(<input checked="" type="checkbox"/> 複数名が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子、リヤカー等 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> ペット有
	避難先		<input checked="" type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 個室対応 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 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	高知市○○
	続柄	妻、長男、ケアマネ		
	電話			携帯
	氏名		住所等	
	続柄			
	電話			携帯
避難行動支援者 (団体可)	氏名	○○ ○○	住所等	香美市○○
	続柄	長女、防災会員		
	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
氏名		住所等		
続柄				
電話			携帯	

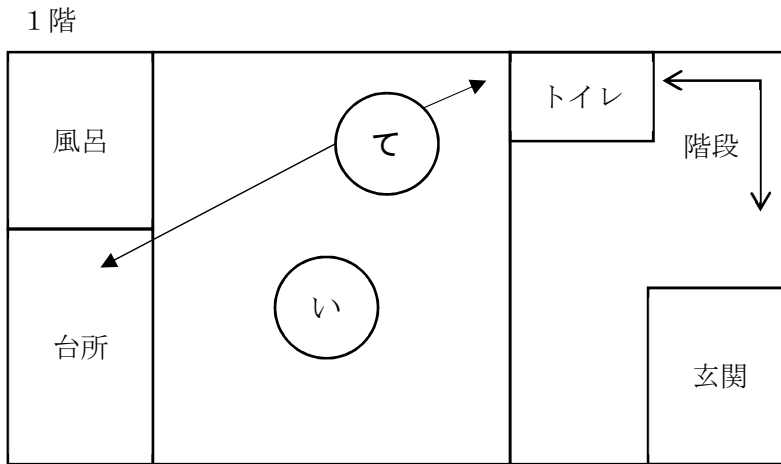
聞取実施者	所属：	氏名：
-------	-----	-----

令和	年	月	日	
上記の内容に誤りが 本人署名（又は記名押印） 、香美市長に報告することを承諾します。				
本計画を香美市地域防災 代理人の署名 関係者に提供す 代理人の署名 。				
氏名				(代筆者)

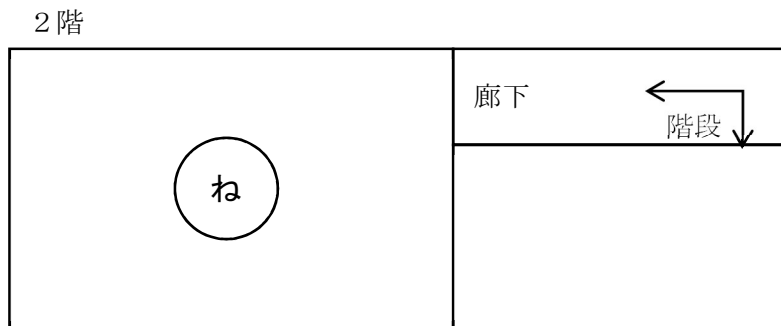
個別避難計画書（その1）

自宅（○○○○ 宅）の間取り（原則、上が北方向）

①：普段居る部屋、②：就寝場所、③：お薬手帳等の保管場所



お薬手帳は、居間のタンス又は台所の冷蔵庫横



2階建てであっても、寝室や生活空間が1階のみの場合は、1階の平面図だけでもよい