

作成日： 年 月 日

本人の居住情報	(フリガナ) <u>ケイカク タロウ</u>		生年月日 <u>昭和〇〇年4月1日</u> (<u>〇〇</u> 歳)
	名 前 <u>計画 太郎</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住 所 〒 <u>297-0026</u> (居住所在地) <u>茂原1-1-1</u>	築年数 <u>50</u> 年 構造 <u>木造</u>	
	(<u>戸建て</u> マンション・アパート) いずれかに○をつけてください		
	電話 (自宅・ <u>携帯</u>) <u>090-△△△△-□□□□</u>	その他の連絡手段 (F A X ・ <u>メール</u>) <u>mail001@mobara.jp</u>	
普段は <u>2</u> 階建ての <u>1</u> 階で生活している			
同居情報	1 ひとり暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 2 夫婦のみ 3 夫婦と子ども 4 親と同居 5 その他 ()		
身体の状況・ 障害者手帳の有無 (避難支援等の理由)	<input type="checkbox"/> 要介護 <u> </u> 度 <input type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <u>1</u> 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <u> </u> 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <u> </u> 度 【状況】 右下肢機能障害 (常時車椅子を使用、自力歩行はできない。車椅子があれば、自身で移動可能)		
緊急時の連絡先 (親族等)	(フリガナ) <u>ケイカク ハナコ</u>		本人との
	名 前 <u>計画 花子</u>	(<u>〇〇</u> 歳)	続柄 : <u>妻</u>
	住 所 〒 <u>297-0026</u> <u>茂原1-1-1</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	電話 (自宅・ <u>携帯</u>) <u>090-□××△-〇×〇×</u>	その他の連絡手段 (F A X ・ <u>メール</u>) <u>mail002@mobara.jp</u>	
	(フリガナ) <u>タシ イチロウ</u>		本人との
	名 前 <u>他市 市郎</u>	(<u>〇〇</u> 歳)	続柄 : <u>従弟</u>
住 所 〒 <u>000-0000</u> <u>〇〇市×× 1-2-3</u>	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居		
電話 (<u>自宅</u> 携帯) <u>043-000-XXXX</u>	その他の連絡手段 (<u>F A X</u> ・ メール) <u>043-000-△△△△</u>		
災害の危険性	地震の危険度	地震の危険度 <u>4</u>	茂原市の洪水・地震ハザードマップを使って ご自宅の災害の危険性を確認しましょう
		液状化危険度 <input type="checkbox"/> 赤 <input checked="" type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 青	
	想定浸水深	<input checked="" type="checkbox"/> <u>1</u> 階浸水 (<u>0.5</u> ~ <u>3</u> m) <input type="checkbox"/> 浸水しない	

震災時の避難	避難先	<input checked="" type="checkbox"/> 指定避難所 (<u>〇〇小学校</u>) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	避難の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<u>自宅から避難先まで、介助者に移動を支援してもらう</u>) <input type="checkbox"/> 必要ない		
	介助者 (避難支援等実施者)	氏名(団体名)・フリガナ	住所 <u>茂原 1-2-2</u>	<input type="checkbox"/> 同居
		<u>チカイノ マモル</u> <u>近井野 守</u>	電話 <u>0475-00-□□××</u>	
	※介助が必要な場合のみ	<input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>2軒隣りの方</u>)		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自己所有の <u>車イス</u> ・ ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()		
以上の避難支援に関し、配慮する事項 (必要に応じてご記入ください) <u>避難所にエレベーターが設置されていないため、2階以上の移動が難しい。</u>				
水害時の避難	避難先	<input type="checkbox"/> 指定避難所 () <input checked="" type="checkbox"/> 自宅での垂直避難 <input type="checkbox"/> 近隣の高い建物への避難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	避難の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<u>自宅2階へ避難するため、同居家族に移動を支援してもらう</u>) <input type="checkbox"/> 必要ない		
	介助者 (避難支援等実施者)	氏名(団体名)・フリガナ	住所 <u>茂原 1-1-1</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 同居
		<u>ケイカク ハナコ</u> <u>計画 花子</u>	電話 <u>0475-00-XXXX</u>	
	※介助が必要な場合のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄 <u>妻</u>) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自己所有の 車イス ・ ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()		
以上の避難支援に関し、配慮する事項 (必要に応じてご記入ください) <u>自宅にエレベーターが設置されていないため、家族の介助で垂直避難する。</u>				
広域避難先がある場合	市外広域避難先	<u>他市 市郎の自宅 (〇〇市×× 1-2-3)</u> ※移動方法は、家族等の介助者と事前に確認が必要です。		
	避難の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<u>広域避難場所までは車での移動が必要</u>) <input type="checkbox"/> 必要ない		
	介助者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 家族所有の車両 <input type="checkbox"/> その他 ()		

避難先での介助	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (トイレなど、体を移動する時には介助が必要) <input type="checkbox"/> 必要ない	
介助者 ※介助が必要な場合のみ	氏名(団体名)・フリガナ ケイカク ハナコ 計画 花子	住所 茂原 1-1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 電話 0475-00-XXXX
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄 妻) <input type="checkbox"/> その他 ()	

日常受けている福祉サービスの内容	居宅介護による食事・排泄の介助 生活介護事業所へ通所 (〇〇事業所)	
利用中の福祉サービス	事業所名 〇〇支援事業所 (担当: ▲▲)	電話 0475-00-XXXX
かかりつけの病院・医師	医療機関 (担当医師名) 〇〇医院 (担当医: △△先生)	電話 0475-■■-XXXX
医療ケアの必要性	痰の吸引が必要 ※かかりつけ医等と相談のうえ、必要に応じてご記入ください	
日常生活に必要な支援	難聴のため会話が聞き取りにくいいため、筆談が望ましい 誤嚥しやすいため、食事の際の見守りが必要	
避難先へ持参するもの (最低3日分を想定)	<input checked="" type="checkbox"/> 衣類 <input checked="" type="checkbox"/> 飲料水 <input checked="" type="checkbox"/> 非常食 (※食形態に応じて用意) <input checked="" type="checkbox"/> 服用薬・お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 手帳等 (身体、精神、療育) <input checked="" type="checkbox"/> 保険証・医療証 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の連絡先 <input type="checkbox"/> 常用の医療機器等 <input type="checkbox"/> その他 ()	

本計画の内容について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、茂原市に報告することを了承します。

この計画の実施に際しては避難支援者自身の安全が前提で行われるものであることから、災害時の避難支援が必ず保証されるものではなく、法的な責任や義務を負わせるものではないことについて了承します。

本計画書の内容について、災害発生時及び災害の発生に備え避難支援等関係者に情報提供することについて、 (**了承** ・ 拒否) します

令和 **〇** 年 **〇** 月 **〇** 日 氏名 (本人自署) **計画 太郎**

代理記入者	住所	電話
	氏名	本人との関係

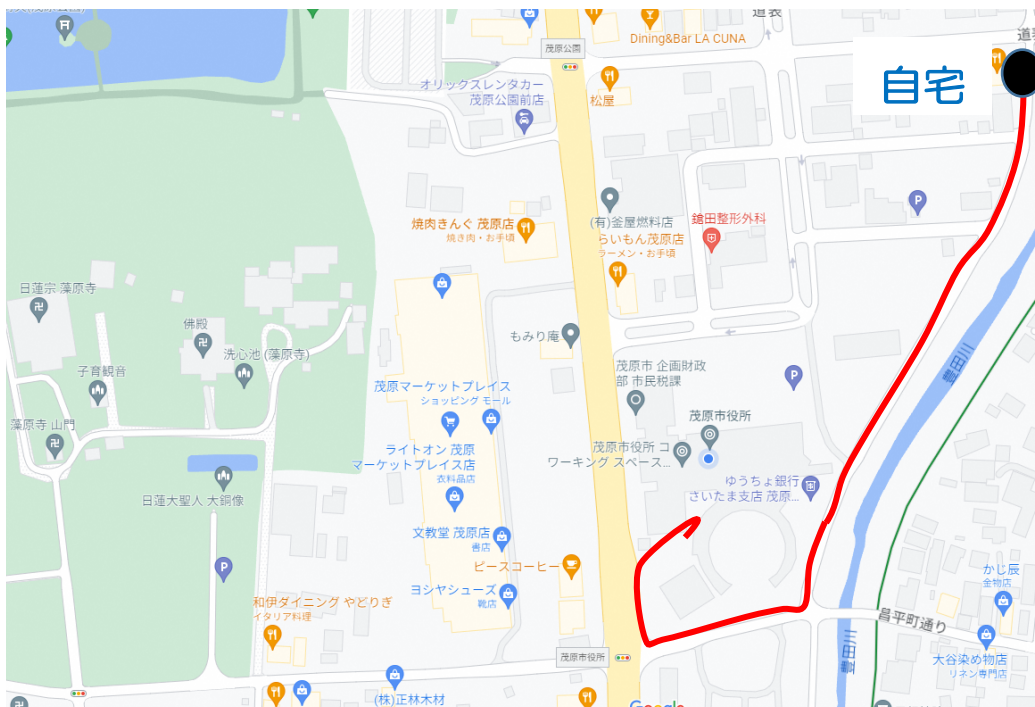
自宅の間取り



所在図や間取り図、避難先までの経路は手書きでも構いません。見本は、インターネット地図を活用したものです。

避難先までの経路

※震災時と水害時で避難場所が異なる場合は、それぞれ記入してください



個別避難計画 作成等関係者	団体・事業所名 ●●自主防災会	氏名・フリガナ ジシュ フセグ 自主 防
	電 話 0475-XX-XXXX	