

マイ避難プラン

（災害時避難行動要支援者個別避難計画）

作成日	年 月 日	主な関係者		町担当課	
(ふりがな) 要支援者名			(ふりがな) 保護者氏名		続柄
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
住 所	南知多町大字 字			地区名	
連絡先	自宅	— —	FAX	— —	
	携帯	— —	(本人以外の場合)氏名：		
	メール		(本人以外の場合)氏名：		
同居家族等	氏名・年齢・続柄等				

○ 避難支援等を必要とする事由 ※該当する事由の□に✓を入れ、等級などを記入してください。

身体障害者手帳 □	療育手帳 □	精神障害者保健福祉手帳 □
種 級()	判定	級
要介護認定 □	難 病 □	その他 □
要介護 ()		

○ 緊急時の連絡先（家族、親族など） ※家族などの了解のうえ記入して下さい。

	氏 名	続柄	住 所	電話番号
第1				
第2				

○ 避難支援等実施者（近所の方、お知り合いの方、地域の区の方など）

※必ず支援者の了解のうえ記入して下さい。また、支援者は責任を伴うものではありません。

	氏 名	関係	住 所	電話番号
第1				
第2				

○ 自宅のハザード情報 あり ・ なし

・津波 (m)	・土砂災害 (警戒・特別警戒)	・高潮	・洪水	・その他 ()
----------	-----------------	-----	-----	----------

○ 避難場所等情報

津波一次 避難場所		地震・津波 避難所		風水害 避難所	
--------------	--	--------------	--	------------	--

※位置、経路、移動するまでの注意すべき事項などを図示

--

避難の際に必要な支援、配慮など、該当するものがあれば番号へ○をつけて下さい。

- 1 常用している**薬**があります。(わかれば効能も書いてください。
(薬名：)
- 2 **移動に介助**が必要です。
(杖歩行 ・ 車いす ・ 担架 ・ その他())
- 3 **目が悪い**ため、音声で呼びかけをしてほしいです。
- 4 **耳が聞こえない**ため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。
- 5 **耳の聞こえが良くない**ので、大きな声で呼びかけてほしいです。
- 6 **人工透析**(血液透析、腹膜透析など)を行っています。
- 7 **医療機器の携帯**が必要です。
(酸素ボンベ ・ 酸素濃縮器 ・ 人工呼吸器 ・ アンビューバック ・ 吸引器
吸入器(ネブライザー) ・ バッテリー ・ その他())
- 8 **ペースメーカー等**を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。
- 9 **排泄に配慮**が必要です。
(おむつ ・ 尿カテーテル ・ ストマケア用品 ・ 尿器 ・ 介助)
- 10 **食事に配慮**が必要です。
(軟食 ・ 流動食 ・ 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 中心静脈栄養 ・ 介助
アレルギー() ・ その他())
- 11 **理解することが苦手**なので、わかりやすい言葉で話してほしいです。
- 12 **その他**必要な配慮があります。
(認知症 ・ じっとしていることが苦手 ・ こだわりが強い ・ 大声、奇声
精神障がい(精神の不安定、幻聴・幻覚など) ・ 自傷、他害のおそれ)

※特記事項

・かかりつけの病院

病院名： (☎) 診療科名

・介護保険のサービスまたは障害福祉サービスの利用状況

サービス名称： 事業所名 (☎)

ケアマネジャー・相談員氏名(事業所)：

(☎)