

個別支援プラン:阿倍野区役所

令和●年●月●日作成

地域	阿倍野	町会エリア	●●町会			作成者	●●●●	
フリガナ	アベノ タロウ				男	生年月日 年齢	●●年 ●月 ●日	
氏名	阿倍野 太郎							
住所	オオサカシタノク〜				自宅電話 (FAX)		06-●●●●●-●●●●●	
	大阪市阿倍野区〜				携帯電話		090-●●●●●-●●●●●	
緊急時の家族等の連絡先	氏名	阿倍野 次郎		フリガナ	アベノ ジロウ		続柄	長男
	住所	〒●●●●-●●●●●					自宅電話	06-▲▲▲▲▲-▲▲▲▲▲
		大阪市阿倍野区〜					携帯電話	090-▲▲▲▲▲-▲▲▲▲▲
	氏名		フリガナ		続柄			
	住所						自宅電話	
							携帯電話	
世帯状況	一人暮らし			居住建物の構造	木造2階建て			
家族構成 同居状況等	本人と長男 同居家族なし			普段いる部屋	玄関入って右のリビング			
				寝室の位置	同上			
救急カプセル	あり			緊急通報システム	なし			
かかりつけ医	医療機関名	〇〇内科				TEL	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	医療機関名					TEL		
事業者等	事業者名	〇〇ケアプランセンター				TEL	06-△△△△-△△△△	
ケアマネジャー	氏名	〇〇 〇〇				TEL	06-□□□□-□□□□	
支援相談員				自宅電話				
支援員				自宅電話				

避難支援者 (避難誘導、 安否確認等)	第1	氏名	阿倍野 一郎		フリガナ	アベノ イチロウ		続柄	町会長
		住所	オオサカシタノク〜				自宅電話	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
			大阪市阿倍野区〜				携帯電話		
	第2	氏名	阿倍野 花子		フリガナ	アベノ ハナコ		続柄	民生委員
		住所	オオサカシタノク〜				自宅電話	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
			大阪市阿倍野区〜				携帯電話		
連絡時の配慮事項	耳が聞こえにくい								
避難所などでの 配慮事項	大きい声で伝える必要がある								
治療中の病気 または障がい名									
治療 (障がい) 内容									
使用薬・容量									
医療機器	人工呼吸器								
備考 (メモ欄)	・本人は寝たきりの状態で座位も不可である ・蓄電池と発電機を自宅に備えている ・人工呼吸器と在宅酸素が必要であるため、電力の枯渇は厳しい								

