

		作成年月日	●●年 ●月 ●日
地域	●●地域	町会	●●町会
フリガナ 氏名 (本人)	チュウオウ ハナコ <b>中央 花子</b>	住所	大阪市中央区 <b>上本町西●丁目●番●号 ●●号室</b> マンション名 ( ●●マンション )
生年月日	※ (大正・昭和・平成・令和・西暦) ■■年 ■月 ■日 (■■歳)	連絡先	携帯電話 090-●●●●-●●●● 06-●●●●-●●●●

避難シート 1

安全な場所まで避難する際の行動を整理するための設問になります。あてはまる番号に○をつけ、記入が必要な場合は、記入欄に記入ください。

1 緊急連絡先 ※ 相手の方に了承いただいたうえで記入するよう

ご家族や友人、マンションの管理事務所、医療機関など申請者に何かあった時の緊急連絡先を記載してください。

家族・親戚、友人等			
フリガナ 氏名	チュウオウ タロウ <b>中央 太郎</b>	関係	子
住所・連絡先	大阪市北区中之島■丁目■番■号 ■■マンション■■号室 080-■■■■-■■■■		
フリガナ 氏名	チュウオウ ヒサコ <b>中央 久子</b>	関係	妹
住所・連絡先	大阪市中央区谷町▲丁目▲番▲号 ▲▲マンション▲▲号室 090-▲▲▲▲-▲▲▲▲		

2 災害時にどこへ避難しますか？

避難場所 (第一候補)	<b>上町中学校</b>	避難場所 (第二候補)	<b>妹宅</b>
----------------	--------------	----------------	-----------

3 自宅の玄関まで移動することはできますか？

① 自力でできる      2 家族と一緒にならできる      3 支援者と一緒にならできる      4 わからない

4 避難場所までどうやって避難しますか？また、どのような支援が必要ですか？

自宅から 第一避難場所まで	① 徒歩   2 車いす   3 車   4 その他 (                      )
	手伝ってほしいこと      杖をついて、荷物を持っての移動がむずかしいため手を貸してほしい
上記から 第二避難場所まで	① 徒歩   2 車いす   3 車   4 その他 (                      )
	手伝ってほしいこと      距離があるため車いすに乗って移動したいが、うまくバランスが取れないので、できれば転倒しないよう押してほしい。

5 避難の手助けをしてくれる方・団体等

<input checked="" type="checkbox"/>	所属町会 ( ●●町会 )	<input type="checkbox"/>	地域活動協議会 (                      )
<input checked="" type="checkbox"/>	家族・親戚 ( 妹 中央 久子 (連絡先上記) )	<input type="checkbox"/>	防災リーダー (                      )
<input checked="" type="checkbox"/>	友人 ( 大阪 次郎 携帯: 090-※※※※-※※※※ )	避難支援が行える可能性がある人・団体をすべてチェック・記載してください。ご記載が難しい場合は、区役所が調整の支援を行います。	

6 あなたの状況 (1)

治療中の病気 又は障がい名	<b>糖尿病、白内障、上肢障がい2級</b>			通院やデイサービス、訪問看護など決まった予定がある場合に記入してください。
日中の過ごし方	月	10:00~12:00 デイサービス	火	午前中 通院
	木		金	10:00~12:00 デイサービス
	日	備考: 火曜日の通院は月に2回、予約制で午後になることもある 月~土は在宅時間にヘルパー利用		
使用中の医療機器	<b>注射 (インスリン)</b>			

※避難支援等実施者による災害時の避難支援を保証するものではありません。また、避難支援実施者は、避難支援について法的な責任や義務を負うものではありません。

記載事項を中央区役所、中央消防署、中央警察署、中央区社会福祉協議会等関係機関や避難支援実施者に提供することに同意します。

# 避難シート2

## 7 あなたの状況 (2)

世帯状況	ひとり暮らし・夫婦世帯・家族と同居 ( ) ・その他 ( )		
建築時期等	木造・非木造 (鉄筋等)	築 ● 年	□戸別住宅 □集合住宅 ( ●階建ての ●階)
普段いる部屋	寝室 (2LDK)	寝室の位置	玄関入ってすぐ右側の部屋

緊急通報システム	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	かかりつけ医や服用しているお薬がある場合に記入してください。おくすり手帳がある方は、避難時には必ずお持ちになってください。
使用している薬	インスリン注射、カリーユニ点眼液	

かかりつけ医	医療機関名	〇〇〇内科	電話	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	医療機関名	◇◇◇眼科	電話	06-◇◇◇◇-◇◇◇◇
福祉サービス事業所等	事業所名	☆☆☆ケアステーション	電話	06-☆☆☆☆-☆☆☆☆
ケアマネジャー	氏名	船場 もも子	電話	06-#####-#####

特記事項	杖があれば何とか自力歩行が可能ですが、距離が長くなると車いすでの介助が必要です。耳が遠いため、耳元で大きな声で話してください。やや視界がぼやけています。
------	--

## 8 避難経路・注意点

ご自宅から避難する場所までの簡単な経路図を記入してください。

避難経路	移動時に必要な配慮事項
<p>■地図、図面等を貼付していただいても結構です。</p>	<p>杖があれば何とか自力歩行が可能ですが、荷物を持つての移動が難しいため、手を貸してほしいです。また、長い距離での移動は車いすでの介助をお願いします。</p> <p>やや視界がぼやけており、耳も遠いため、援助して下さる方の姿がはっきりわかるよう耳元で大きな声で話しかけてほしいです。(左耳の方がよく聞こえます。)</p>
	<p>避難生活における配慮事項</p> <p>糖尿病のため食事制限があります。(特にタンパク質) 薄暗いところでは視界がほとんど利かないので、夜間のトイレなど、移動を助けてほしいです。</p>