

個別避難計画 記載例（表）

個別避難計画					
作成年月日●●年 ●月 ●日					
地 域	●●地域	町会エリア	●●町会		作成者
フリガナ	ヒガシヨドガワ イチロウ		性 別	男性	
氏 名	東 淀 川 一 郎		生年月日 (年齢)	■■年 ■月 ■日 生 (■■ 歳)	
住 所	大阪市東淀川区豊新2丁目1番4号 ハイツ東淀川区102号				
電話 (FAX)	自宅 06-■■■■-■■■■		携帯 FAX		
メールアドレス					
避難等支援を必要とする理由	足が不自由なため、ひとりで避難所への移動ができず、通常の生活をするのに薬を必要としているため。				

避難の手助けをする方（避難支援等実施者）①			
フリガナ	●●チョウカイ		
氏 名	(団体名及び代表者でも可) ●●町会		
住所・所在	大阪市東淀川区●●■丁目◆◆番▲▲号		
連絡先	06-▲▲▲▲-▲▲▲▲		
避難の手助けをする方（避難支援等実施者）②			
フリガナ	オオサカ タロウ		
氏 名	(団体名及び代表者でも可) 大 阪 太 郎		
住所・所在	大阪市東淀川区●●■丁目◆◆番××号		
連絡先	090-××××-××××		

緊急時の連絡先①			
フリガナ	ヒガシヨドガワ ジロウ	本人との 関係	弟
氏 名	東 淀 川 二 郎		
住所	大阪市東淀川区●●◆丁目▲▲番★★号		
連絡先	自宅 06-★★★★-★★★★ 携帯 080-◆◆◆◆-◆◆◆◆ FAX		
緊急時の連絡先②			
フリガナ		本人との 関係	
氏 名			
住所			
連絡先	自宅	携帯	FAX

連絡時の配慮事項	毎週火曜、木曜10時～16時にデイサービスへ通所
医 療 機 器	注射（インスリン）
治療中の病気 又は障がい名	糖尿病、白内障、変形性膝関節症

※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、避難支援等実施者は、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。

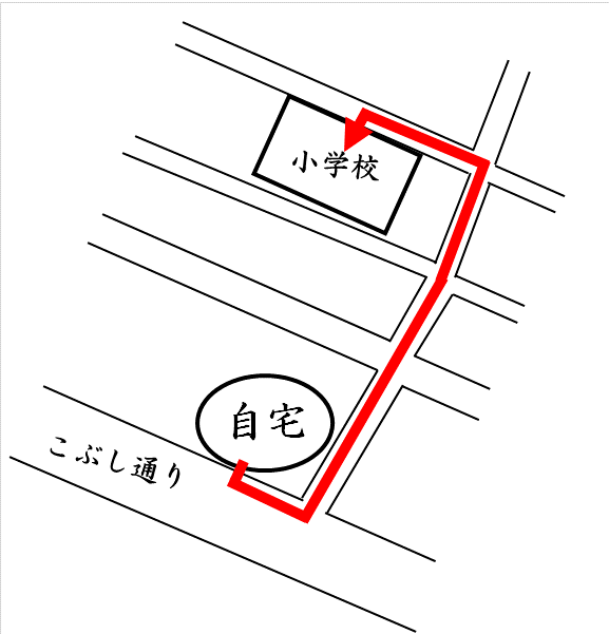
個別避難計画 記載例（裏）

世 帯 状 況	高齢者のみ一人暮らし		河 川 氾 濫	浸水深	3～5	メートル	(淀 川)
家族構成、 同居状況等	弟が1人		津 波	浸水深		メートル	
	同居家族なし		高 潮	浸水深		メートル	
建築時期	35年	構造	木造 (非木造 (鉄筋等))	□ 戸別住宅	☑ 集合住宅 (5階建ての1階)		
普段いる部屋	寝室 (1LDK)		寝室の位置	リビングの隣			
救急カプセル	□ あり ☑ なし		緊急通報システム	□ あり ☑ なし			
使 用 薬	インスリン注射、カーユニ点眼液、ロキソニン内服薬						
かかりつけ医	医療機関名	〇〇〇内科・眼科		電 話	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	医療機関名	◇◇◇整形外科		電 話	06-◇◇◇◇-◇◇◇◇		
福祉サービス事業所等	事業所名	☆☆ケアプランセンター		電 話	06-☆☆☆☆-☆☆☆☆		
ケアマネージャー	氏 名	豊新 花子		電 話	06-%%%%-%%%%		

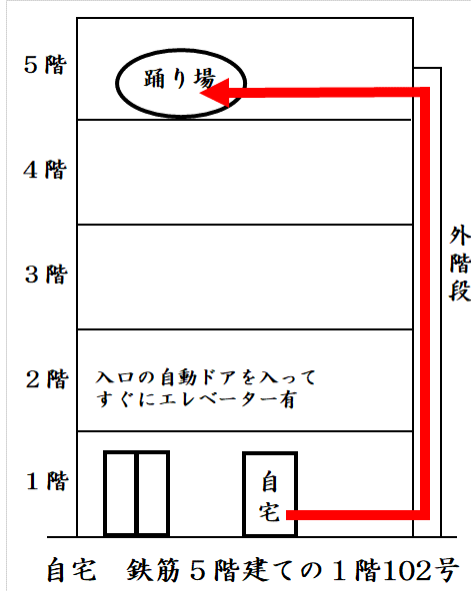
特 記 事 項	車いすがなければ移動できない。 耳が遠いため、耳元で大きな声で話すこと必要。 やや視界不自由。						
	避難場所						
一時避難場所	多幸公園		広域避難場所	淀川河川敷 (豊里)			
災害時避難所	豊新小学校		水害時避難ビル	ハイツ東淀川区			

避難経路・注意点							
避難する場所までの簡単な避難経路図を記入してください。							

・小学校までの避難経路



・河川氾濫時の避難場所
(垂直避難で自宅マンションの5F踊り場へ)



移動時に必要な配慮事項	車いすがなければ移動できない。やや視界不自由。 耳が遠いため、耳元で大きな声で話すことが必要。(右耳の方がよく聞こえる)
避難生活における配慮事項	糖尿病のため、食事制限あり。(特にタンパク質)