

※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（あなたの支援プラン）

令和 年 月 日作成

地 域	地域	町会エリア	町会	作成者	
フリガナ			性 別		
氏 名			生年月日	生	
			年 齢	(歳)	
住 所			電話 (FAX)		
			携 帯		
連絡時の配慮事項		☐ 音が聞こえない・聞こえにくい ☐ 危険性が判断できない・判断しにくい ☐ 言葉や文字が理解できない・理解しにくい			
同居状況	☐ ひとり暮らし ☐ 世帯全員が75歳以上				
	世帯人数()人世帯(本人含む) 家族構成()				
緊急時の 家族等 の連絡先	フリガナ			続柄	
	氏 名			自宅	
	住 所			携帯	
	フリガナ			続柄	
	氏 名			自宅	
	住 所			携帯	

かかりつけ医	医療機関名		TEL	
	医療機関名		TEL	
事業者等	事業者等名		TEL	
ケアマネージャー等	氏名		TEL	

気にかけて くれる人 または団体 (避難支援等 実施者)	第 1	フリガナ		続柄	
		氏 名		電話	
		住 所			
	第 2	フリガナ		続柄	
		氏 名		電話	
		住 所			

居住建物の 構造	☐ 戸建 ☐ 木造	河川氾濫	浸水深	m
	☐ 集合 (階建ての 階)	津波	浸水深	m
寝室の位置		高潮	浸水深	m

緊急カプセル	☐ あり (☐ 冷蔵庫 ☐ その他 ())	緊急通報システム	☐ あり
使用薬・保管場所	☐ 持出必要 (保管場所:)		
	☐ お薬手帳 (保管場所:)		

避難場所			
一時避難場所		広域避難場所	
災害時避難場所		津波避難ビル	

避難方法・ 避難時の 配慮事項	☐ 本人のみ、または家族や支援者が手伝うことで、徒歩、車いす、手押し車等で移動できる
	☐ 車での移動や、複数人での支援が必要

避難経路・注意点	

避難所での 配慮事項			
要介護度	☐ ()	☐ 要支援 ()	治療中の病気
障がい内容	障がい名 ()		
使用する 医療機器等	☐ 人工透析 ☐ 在宅酸素 ☐ インスリン ☐ 人工呼吸器 ☐ 胃ろう ☐ 電気式たん吸引機 ☐ 難病患者（人工呼吸器の装着、気管切開等） ☐ その他 ()		

自由記載	
------	--