

※この取組は、ご近所同士の助け合いが基本です。災害時にあなたの安全を絶対に保障するものではなく、地域まちづくり実行委員会やご近所の方が何らかの責任を負うものではありません。

資料番号3

# 個別支援プラン【案】

(平成30年度第2回地域福祉推進会議資料)

平成 年 月 日作成

地域	町会エリア		作成者		
一時避難場所			災害時避難場所		
フリガナ			性別	男・女	生年月日 年齢
氏名					昭和 年 月 日 歳
住所	〒 大正区 (マンション名等: 丁目 番 号)		自宅電話		
			FAX		
			携帯電話		
緊急時の家族等の連絡先	氏名		フリガナ		続柄
	住所	〒		自宅電話	
				携帯電話	
	氏名		フリガナ		続柄
	住所	〒		自宅電話	
				携帯電話	
世帯状況			居住建物の構造		
家族構成、同居状況等			普段いる部屋		
			寝室の場所		
救急カプセル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
連絡時の配慮事項	聴覚障がいのため、FAX・直接的な伝達が必要…等				
避難所等での配慮事項	週3回人工透析を受けている。在宅酸素療法者…等				
かかりつけ医	医療機関名1		電話番号		
	医療機関名2		電話番号		
治療中の病気又は障がい名					
治療(障がい)内容					
使用薬・容量					
使用医療機器					
介護事業者等	事業者名		電話番号		
担当ケアマネージャー	氏名		電話番号		

避難支援者 (安否確認、避難誘導等)	第1	氏名		フリガナ		続柄	
		住所			自宅電話		携帯電話
	第2	氏名		フリガナ		続柄	
		住所			自宅電話		携帯電話
備考 (メモ欄)							