

|      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                               |
|------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|
| 本人情報 | 同意確認日                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 台帳番号    |                               |
|      | 氏名                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | フリガナ    |                               |
|      | 生年月日(満年齢)                      | 年 月 日 ( 才 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 性別      |                               |
|      | 住所                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 電話(FAX) |                               |
|      | 認定等                            | <input type="checkbox"/> 高齢者に該当する 【 独 居 ・ 75歳以上のみ世帯 ・ 昼間独居 】<br><input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 【要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5】<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている 【身体障がい 1・2・3・4・5・6・7】<br><input type="checkbox"/> 療育手帳を持っている 【療育 A ・ 療育 B 】<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳を持っている 【精神障がい 1・2・3・4・5】                                                                                                            |         |                               |
|      | 災害時に配慮すべき事項<br><br>あてはまるもの全てに☑ | <input type="checkbox"/> 1 移動の動作を自分ですることができない、または難しい<br><input type="checkbox"/> 2 聴覚に障がいがあり、聞こえない、または聞こえづらい<br><input type="checkbox"/> 3 視覚に障がいがあり、見えない、または見えづらい<br><input type="checkbox"/> 4 言葉や文字の理解ができない、または難しい<br><input type="checkbox"/> 5 危険なことの判断ができない、または難しい<br><input type="checkbox"/> 6 知人や家族の顔を識別することができない、または難しい<br><input type="checkbox"/> 7 医療機器の装着などをしている 機器名 ( )<br><input type="checkbox"/> 8 その他 ( ) |         |                               |
| 世帯情報 | 世帯の構成                          | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり 人(本人除)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ペットの種類  |                               |
|      | 本人と構成員の関係                      | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母<br><input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他親族 <input type="checkbox"/> 同居人                                                                                                    | ペットの数   | 匹                             |
|      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ペットの避難  | <input type="checkbox"/> 希望する |

|       |         |  |      |         |  |
|-------|---------|--|------|---------|--|
| 緊急連絡先 | フリガナ    |  | 連絡先等 | 電話(FAX) |  |
|       | 氏名(団体名) |  |      | メール     |  |
|       | 住所      |  |      | 本人との関係  |  |
| 緊急連絡先 | フリガナ    |  | 連絡先等 | 電話(FAX) |  |
|       | 氏名(団体名) |  |      | メール     |  |
|       | 住所      |  |      | 本人との関係  |  |

|     |         |  |      |         |  |
|-----|---------|--|------|---------|--|
| 支援者 | フリガナ    |  | 連絡先等 | 電話(FAX) |  |
|     | 氏名(団体名) |  |      | メール     |  |
|     | 住所      |  |      | 本人との関係  |  |
| 支援者 | フリガナ    |  | 連絡先等 | 電話(FAX) |  |
|     | 氏名(団体名) |  |      | メール     |  |
|     | 住所      |  |      | 本人との関係  |  |

※ 支援者 … 実際に避難支援を行う人、かかりつけ医、利用中の介護や障がいの福祉サービス関係者など

|             |                                                                                                                        |  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 避難施設・避難場所情報 | 名 称                                                                                                                    |  |
|             | 住 所                                                                                                                    |  |
|             | 【地図・避難経路・避難方法などの注意すべき事項など】 <input type="checkbox"/> 地図は別紙<br><br><input type="checkbox"/> 避難時に世帯構成員が帯同する 帯同する世帯構成員 ( ) |  |

|            |                                                                                                                                                                                       |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 避難先での生活支援等 | 【避難所生活において配慮が必要な事項】 ※配慮が必要な場合は項目左の☐を☑にする。                                                                                                                                             |  |
|            | <input type="checkbox"/> 配慮すべき病名 ( )                                                                                                                                                  |  |
|            | <input type="checkbox"/> 医薬品 薬品名 ( <input type="checkbox"/> 別紙 )                                                                                                                      |  |
|            | <input type="checkbox"/> 医療的ケア ( )                                                                                                                                                    |  |
|            | <input type="checkbox"/> 必要な設備 ( <input type="checkbox"/> 電源 <input type="checkbox"/> 電源 口数 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> その他 ( ) )                        |  |
|            | <input type="checkbox"/> 服薬管理 ( 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 他 ( ) ) |  |
|            | <input type="checkbox"/> アレルギー ( )                                                                                                                                                    |  |
|            | <input type="checkbox"/> 食 事 ( )                                                                                                                                                      |  |
|            | <input type="checkbox"/> 排 せ つ ( )                                                                                                                                                    |  |
|            | <input type="checkbox"/> 移 動 ( )                                                                                                                                                      |  |
|            | <input type="checkbox"/> コミュニケーション ( )                                                                                                                                                |  |
|            | <input type="checkbox"/> そ の 他 ( )                                                                                                                                                    |  |

|      |                     |
|------|---------------------|
| 特記事項 | 【その他利用中のサービス、留意事項等】 |
|      | <作成日> 年 月 日         |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| 以上の計画内容について確認し、大山町、支援者および地域支援者で共有することに同意します。         |
| 地域支援者（自治会(自主防災組織含む)・民生児童委員・大山消防署・琴浦大山警察署・大山町社会福祉協議会） |
| 計画同意確認日 年 月 日 同意者署名                                  |