



区 自治会 個別支援計画書

本人・家族等の情報 (町内会)

フリガナ		生年 月日	MT SH	年	月	日
氏名		性別	男 ・ 女			
住所						
連絡先	電話 FAX 携帯	電話 FAX 携帯				
	- - / - -					
	メール FAX その他 ()					
同居家族等	いる (人/昼間在宅 人) ・ いない					

避難支援に関する情報

情報伝達 での注意	<input type="checkbox"/> ものが見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 危険判断ができない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない <input type="checkbox"/> 情報を理解できない
避難誘導 での注意	<input type="checkbox"/> 自力での移動が困難 <input type="checkbox"/> 1人での移動に不安がある (使用機材と置き場所:)
特記事項	常時必要な特殊な機械・器具、物品、医薬品、アレルギーの有無など

居住建物

構造	(木造 鉄骨) 階建 (一般住宅 集合住宅 店舗等併用)		
居室	階		
寝室	階		
持出品 の場所	非常持出袋	常用薬等医薬品	命のカプセル
	その他 ()		

地域支援者及び担当の民生児童委員

平日 昼間	夜間 休日	氏名	本人と の関係	住所	連絡先
					電話 - -
		Mail:			携帯 - -
					電話 - -
		Mail:			携帯 - -
					電話 - -
		Mail:			携帯 - -
担当民生 児童委員			民生委員		電話 - -
		Mail:			携帯 - -

支援区分の内容

- A: 避難搬送
- B: 避難介添え・誘導
- C: 声かけ・情報伝達
- S: 同居者による避難 (安否確認は行う)

連絡方法

自宅訪問
電話連絡
- -
その他

避難方法

--

避難前点検

★ 火の元・ブレーカー
<input type="checkbox"/> 非常持出袋
<input type="checkbox"/> 命のカプセル
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

避難場所

避難場所
避難場所までの経路・移動時の注意

かかりつけの病院・利用施設等

	施設・団体等の名称・電話番号と利用内容（診療科・介護サービス等）	主な利用日
1	名称 電話	
	内容	
2	名称 電話	
	内容	
3	名称 電話	
	内容	

緊急時連絡先（避難時の不在・負傷等）

	氏名	本人との関係	住所	連絡先
緊急連絡先				電話 - -
	Mail:			携帯 - -
				電話 - -
	Mail:			携帯 - -
				電話 - -
	Mail:			携帯 - -

本人・家族・地域支援者が負傷等で計画通り避難できない場合の連絡先

この個別支援計画の記載内容に誤りが無いことを確認するとともに、以下の事項を了承します。

- この個別支援計画の写しを千曲市に提出し、避難支援の実施に関係する者に提供します。
- 個別支援計画は災害等での避難支援が必ずなされることを保証するものではなく、関係者に法的な責任や義務を負わせるものではありません。

令和 年 月 日 本人署名： _____

本人が署名できず代理人が記載した場合、以下に代理人について記入する。

代理 氏名 _____ 本人との関係 _____
人 住所 _____ 連絡先 _____ - _____

計画作成 責任者	役職	氏名	印
-------------	----	----	---