

## 避難支援プラン・個別計画書

芙蓉台自治会会長殿

私は、自治会が推進する災害時要援護者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届け出た下記個人情報を自主防災会及び民生委員に提出する事を承諾します。

芙蓉台自治会	民生委員		TEL FAX	
災害時要援護者 [高齢要介護者、一人暮らし高齢者、障害者、その他( )]				
住所				TEL FAX
氏名	(男・女)			生年 月日
緊急時の家族等の連絡先				
氏名		続柄 ( )	住所	TEL
氏名		続柄 ( )	住所	TEL
家族構成・同居状況等			居住建物の構造	
			普段いる部屋	
			寝室の位置	
特記事項				
緊急通報システム (あり・なし)				
避難支援者				
氏名		続柄 ( )	住所	TEL
氏名		続柄 ( )	住所	TEL
氏名		続柄 ( )	住所	TEL
[記入例]				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居住建物の構造:木造、鉄骨造、耐火造等。(例)木造2階建て着工時期等</li> <li>・特記事項:肢体不自由の状況、認知症の有無、必要な支援内容等。特段の必要がなければ、プライバシーに配慮し、病名等を記入する必要はない。(例)要介護度4で一人では歩行が困難。人工透析を受けている。聴覚障害もあり、手話通訳が必要。</li> </ul>				

様式5-1②

☆同居している人を全員記入してください。

氏名	続柄	年齢

氏名	続柄	年齢

☆上記の内あなたの身内支援者として登録できる人はいますか。

氏名	続柄	年齢	支援可能な時間帯	
			日間	夜間
			(○印をつけて下さい)	(○印をつけて下さい)
			(○印をつけて下さい)	(○印をつけて下さい)

☆健康状態を、該当すると思われる次の記号に○印をして下さい。(複数可)

- ア:良好である。 イ:病弱である。 ウ:寝たきりの生活である。  
 エ:視力が弱い。 オ:聴力が弱い。 カ:血圧が高い。(常時薬を服用)  
 キ:糖尿病である。 ク:要人工透析者である。 ケ:パーキンソン病者である。  
 コ:重症筋無力症である。 サ:脳梗塞既往症者である。

☆足腰の状態を、該当すると思われる次の記号に○印をして下さい。(複数可)

- ア:歩行は問題ない。 イ:弱くなっているが、歩行は出来る。  
 ウ:歩行が困難である。 エ:歩行に介助が必要である。 オ:車椅子が必要。  
 カ:家に車椅子を置いてある。

☆その他、該当すると思われる次の記号に○印をして下さい。(複数可)

- ア:独居高齢者(年齢 )。 イ:障害者;身体障害 級。  
 ウ:障害者;知的障害、療育手帳 。 エ:介護保険;要介護度 。  
 オ:認知症者。 カ:その他。

☆介護施設の利用について

- ア:デイサービスを利用している (週 回 曜日)  
 イ:ショートステイを利用している (週 回 曜日)  
 ウ:訪問介護をお願いしている (週 回 曜日)

☆病院の利用について

- ア:かかりつけの病院 [ ]

☆血液型は？。

- ア:A イ:O ウ:B エ:AB

☆組長へのあなたの個人情報提供を

- ア:認めます。 イ:認めません。  
 ・但し、その情報は「組内の〇〇さんが要援護者として登録されています。」  
 程度までとし、組長をはじめ向こう三軒両隣の支援を受けやすい環境とする  
 事を目的とする。

☆防災訓練には

- ア:一切参加したくない。  
 イ:安否確認に駆けつけていただき、1次避難所以降の避難についてはその時  
 に判断します。  
 ウ:安否確認に駆けつけていただきたいが、1次避難所への避難はしない。