|  |
| --- |
| **① 避難行動要支援者基本情報** |
| フリガナ |  アサヒ　タロウ | 性　別 | 男・女 | 生年月日 | （明・大・昭・平・令）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 | 　朝日　太郎 |
| 住　所又　は居　所 | 〒５１０－８５２２　朝日町大字小向８９３番地 |
| 電　話その他連絡先 | (電話) | (FAX) |
| (携帯) | (Mail) |
| 支援が必要な事　由 | 歩行困難（杖歩行）。耳が聞こえにくい。（網掛け部分）きずなカードで記載のあった事項をこちらで記載しておきます。 |
| 自力避難が困難な理由 | * 介護保険制度による要介護状態区分が要介護3～5に認定
 |
| * 身体障がい者手帳1・2級の第1種を所持（心臓・じん臓機能障害のみ以外）
 |
| * 療育手帳Aを所持
 |
| * 精神障がい者保健福祉手帳1級を所持
 |
| ☑ 75歳以上の一人暮らしで、かつ、災害時の自力避難に不安がある |
| * その他（避難支援等に関し町長が必要と認める事項　※歩行介助等）
 |
| 緊急連絡先 | 氏　名 | 続柄 | 住　所 | 連絡先 |
|  |  |  | ℡　携帯　 |
|  |  |  |  |
| 家族状況 | 昼間 | 　１　人（本人含む）　構成（本人） |
| 夜間 | 　２　人（本人含む）　構成（本人、妻）本人を含めた家族の人数と家族構成（対象者から見た続柄）を記入 |
| 配慮事項 | 医療 | 1.人工透析　　2.人工呼吸器　　3.酸素療法　　4.インシュリン療法 |
| 食事 | 1.普通食　　　2.流動食　　　　3.経管栄養 |
| 排泄 | 1.自立　　　　2.おむつ使用　　3.ストマ使用（便・尿）配慮すべき該当する事項を選択 |

**記入例**

**B**

**A**

**登録のあった情報（網掛け部分**）

|  |
| --- |
| **② 援助者** |
| 氏　名 | 朝日西　愛子（隣人） | 住　所 | 朝日町大字小向１００番地１００号 |
| 連絡先 | ℡　059-377-0000　携帯　080-0000-1111平日は９時から１６時までパート勤務。土日なら概ね可。 |
| 氏　名 | 東朝日　三郎（班長） | 住　所 | 朝日町大字小向１０１番地１０１号 |
| 連絡先 | ℡　059-377-0000　携帯　070-0000-1111８時から２２時までは店（自宅隣）にいる。月曜定休日。 |
| 氏　名 |  | 住　所 | 連絡先とともに、支援可能な曜日や時間帯当、援助者の状況もあわせて記載しておくとよい |
| 連絡先 |  |

**C**

**D**

**E**

＜援助者の要務＞

避難行動要支援者に対する避難情報の伝達から避難所までの誘導支援を想定

|  |
| --- |
| **③ 避難計画** |
| 一時集合場所（指定緊急避難場所） |
| 地震・津波：名谷公園　　　洪水・土砂災害：小向公民館 |
| 指定避難所 |
| 小向公民館、保健福祉センター一時集合場所（指定緊急避難場所）と指定避難所を確認して記入 |
| 避難時・避難所での特記事項（地図を記載、添付でも可） |
| ・避難情報が聞き取りにくいため避難情報の伝達を希望されている。（隣人：朝日西愛子さん、班長）本人や家族、援助者、避難援助等関係者で話し合った内容や、障害や病気に関して避難所で情報伝達すべきことを記入。地図を記載、添付しても良い。・歩行が不安定なため避難に付き添いが必要 |