

# 「個別避難計画」(記入例)

台帳番号	7		作成年月日	令和4年11月1日		
フリガナ	イセ タロウ		性別	男	生年月日	昭和17年10月10日
氏名	伊勢 太郎					
住所	〒	516-0037 伊勢市 岩淵1丁目7-29				
要支援情報	①75歳以上の高齢者のみ世帯 ②要介護3					
本人の 連絡先	自宅	21-5559		FAX	20-8555	
	携帯電話	090-1234-5678				
緊急 連絡先 (家族等)		氏名	続柄	住所	電話番号	
	①	三重 花子	子	八日市場町13-1	090-1234-5678	
	②	伊勢 二郎	弟	津市広明町13	090-5678-9876	
世帯 状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり → _____ 人 (本人は含みません)					
普段いる部屋 寝室の場所など	玄関入って一番奥の部屋					
同意確認欄	個別避難計画を作成・更新し、平常時に避難支援等関係者、災害発生のおそれがある時や発生した場合には、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援等関係者その他の者に情報提供することに同意します。					
	本人 署名	伊勢 太郎		代理人 署名	三重 花子 (続柄) 子	

伊勢市防災マップで自宅のある場所を確認しましょう。

該当するにチェック✓

①大雨の時、あなたの自宅のある場所は？

洪水による浸水の危険が高い



土砂災害の危険性が高い



②津波発生時、あなたの自宅のある場所は？

津波による浸水の危険が高い





③その他、あなたの自宅の心配ごとを記入

( )

災害発生時には、災害の状況により、必ずしも支援を受けられるとは限りません。支援する側も、まずはご自身やご家族の安全確保が最優先となるため、可能な範囲での支援となります。また、法的な責任や義務を負うものではありません。

裏面も必ず記入してください

該当する避難場所の□にチェックおよび記入

どこへ	大雨のとき (洪水) 	避難場所	<input type="checkbox"/> 在宅避難
			<input checked="" type="checkbox"/> 避難所 【 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣の指定避難所( いせ市民活動センター )】 【 <input type="checkbox"/> その他避難所( )】
			<input type="checkbox"/> 家族・知人宅
			<input type="checkbox"/> その他( )
どこへ	地震のとき (津波) 	避難場所	<input type="checkbox"/> 在宅避難
			<input checked="" type="checkbox"/> 避難所 【 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣の指定避難所(いせ市民活動センター)・ <input type="checkbox"/> 津波緊急避難所(77-)】 【 <input type="checkbox"/> その他避難所( )】
			<input type="checkbox"/> 家族・知人宅
			<input type="checkbox"/> その他( )
※市が開設する指定避難所や津波緊急避難所への避難のほか、安全な場所にある「親戚・知人宅・ホテル」や「在宅避難」など、想定される災害に対応した避難先を検討しましょう。			

避難支援等実施者 (実際に避難支援していただく人を記入)

誰と	氏名	岩 淵 三 郎	続柄	近隣	住所	岩 淵 1 丁 目 7 - 1 7	電話	2 1 - 5 6 1 1	
	①	どのように (該当する支援内容の□にチェック)							
		<input checked="" type="checkbox"/> 声掛けしてもらう		<input type="checkbox"/> その他の支援 ( )					
		<input type="checkbox"/> 一緒に避難先に行く							
誰と	氏名	吹 上 愛 子	続柄	近隣	住所	岩 淵 1 丁 目 2 - 2 4	電話	2 1 - 5 5 8 3	
	②	どのように (該当する支援内容の□にチェック)							
		<input type="checkbox"/> 声掛けしてもらう		<input checked="" type="checkbox"/> その他の支援 ( 車椅子を押しながら避難先へ行く )					
		<input checked="" type="checkbox"/> 一緒に避難先に行く							
※避難支援の依頼は、本人や家族等から普段のお付き合いの中でお願いしてください。 ※あなたの住んでいるところから、遠い人(市外の人など)は、避難支援等実施者にはなりません。									

該当する□にチェック

避難支援の留意点等	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行が困難	<input type="checkbox"/> ゆっくり大きい声で伝えてください
	<input type="checkbox"/> 目が見えない(見えにくい)	<input type="checkbox"/> ゆっくり避難誘導をしてください
	<input checked="" type="checkbox"/> 耳が聞こえない(聞こえにくい)	<input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的に記入)
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい	耳が聞こえづらいので、大きい声で声をかけて欲しい。車椅子での生活(介助が必要)
	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない	

伝えておきたいこと

その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月・木はデイサービスを利用しています。(ケアマネさんは△△事業所です)</li> <li>・高血圧の薬を飲んでます。</li> <li>・かかりつけは、〇〇医院です。薬は3日分避難リュックに入れてあります。</li> </ul>
-----	--

関係機関記入欄	計画作成事業所名	△△事業所	作成者名	宮後 和子
---------	----------	-------	------	-------