

避難行動要支援者名簿（個別計画）（新規・更新・抹消）

作成日： 年 月 日

本人の 情報	住所	庄内町		TEL FAX	(自宅) (FAX) (携帯)			
	フリガナ			性別	生年	明治・大正・昭和・平成		
	氏名			男・女	月日	年 月 日		
	避難支援を必要とする理由		(当てはまるものに☑を付けてください。)					
	<input type="checkbox"/> 75歳以上							
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等所持 障害名:()		等級: <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A)を所持		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 等級: <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級					
	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けており、次の介護度に該当		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	<input type="checkbox"/> 難病患者等()		<input type="checkbox"/> その他()					
	特記事項(身体状況、移動に要する器具、持ち出すべきもの等)							
<input type="checkbox"/> 歩行が困難 → 車いす・杖・ストレッチャー・その他()を使用している								
<input type="checkbox"/> 音が聞き取りにくい(聞こえない) <input type="checkbox"/> 物が見えにくい(見えない)								
<input type="checkbox"/> 顔を見ても家族や知人と分からない <input type="checkbox"/> 文字や言葉の理解が難しい								
<input type="checkbox"/> その他()								
かかりつけ医				緊急避難場所				
要支援度	A	移送介護が必要	B	誘導が必要	C	声かけ必要	D	その他()
家族等 の情報	緊急時の家族等の連絡先 (本人情報と同様に外部提供されることに同意を得た上で記入してください。)							
	フリガナ			続柄	住所			
	氏名			()	TEL	(自宅) (携帯)		
	フリガナ			続柄	住所			
氏名			()	TEL	(自宅) (携帯)			
家の 情報	同居人	<input type="checkbox"/> あり(人) ※自分を含めない <input type="checkbox"/> なし			居住建物の構造			
	日中いる部屋				夜間いる部屋			
支援者 情報	避難支援者		(災害時に支援してもらえるご近所の方を、その方の同意を得てから記入してください。)					
	フリガナ			関係	住所			
	氏名			()	TEL	(自宅) (携帯)		
	フリガナ			関係	住所			
氏名			()	TEL	(自宅) (携帯)			
支援 関係 情報	要支援区分	障がい者	要介護高齢者	難病患者	一人暮らし高齢者	その他()		
	緊急通報システム	あり・なし			担当			TEL
	介護保険事業所				担当			TEL
	集落等名	民生委員・児童委員名					TEL FAX	