

個別支援プラン表

★ 印のところは必ず記入してください。

★避難行動 要支援者	(ふりがな)			
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	〒 住所	電 話 携帯電話		
	メール	F A X		
★避難支援等 を必要とする 事由	<input type="checkbox"/> 高 齢 (<input type="checkbox"/> 一人暮らし・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯・ <input type="checkbox"/> 認知症) <input type="checkbox"/> 介 護 (<input type="checkbox"/> 要介護 _____ ・ <input type="checkbox"/> 要支援 _____) <input type="checkbox"/> 障がい (<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 精神 手帳 _____ 級等・ <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> その他・疾病の種類等 (_____) <div style="text-align: right; font-size: small;">(該当に<input checked="" type="checkbox"/>チェックまたは記載)</div>			
★家族構成・ 同居状況等	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 日中家族等と同居 ・ <input type="checkbox"/> 日中独居) <div style="text-align: right; font-size: small;">(該当に<input checked="" type="checkbox"/>チェック)</div>			
歩行状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介添えが必要 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <div style="float: right; font-size: small;">(該当に<input checked="" type="checkbox"/>チェック)</div>			
ケアプラン 作成者	【要介護者】 居宅介護支援事業所		電話	
	【要支援者】 地域包括支援センター		電話	
緊急通報システム		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ の病院				
	住所			電話
特記事項 (アレルギー等、避難時や避難施設での配慮事項等)				

緊急時の家族等の連絡先				
★	(ふりがな)		★電話	
★	氏名	続柄 ()		
★	住所		★携帯電話	
★	(ふりがな)		★電話	
★	氏名	続柄 ()		
★	住所		★携帯電話	
居住建物の構造		木造・鉄筋・鉄骨 階建て、 年建築		

普段いる部屋、寝室の場所

1階



2階



避難支援等実施者（支援にあたっては、地域ぐるみの助け合いの範囲でご協力をお願いするもので、法的義務や責任を負うものではありません。）

★(ふりがな) 氏名または 組織等の名称	★関係	★住所等	★電話・FAX など
----------------------------	-----	------	------------

避難施設その他の避難場所

避難路その他の避難経路（地図等を添付または記載）

災害リスク等

- 浸水想定区域
- 土砂災害警戒区域
- その他（

）