

小金井市避難行動要支援者個別支援プラン
(町会・自治会等及び本人・家族等作成用)

令和 年 月 日 作成

第 版

氏名	(ふりがな)	性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
		男・女	電話番号	
住所				

■ 要支援事由

<input type="checkbox"/> 高齢でひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯	<input type="checkbox"/> 認知症がある	<input type="checkbox"/> 寝たきりである
<input type="checkbox"/> 身体障害がある	<input type="checkbox"/> 知的障害がある	<input type="checkbox"/> 精神障害がある	<input type="checkbox"/> 歩行困難
<input type="checkbox"/> その他 ()			

■ 本人の状況

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖等使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> めがね使用 <input type="checkbox"/> 見える範囲が限られている () <input type="checkbox"/> 見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声でないと聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 複雑なことは支障あり <input type="checkbox"/> ほとんどとれない	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介護食等 ()	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
かかりつけ病院・診療所	主治医	服薬状況

■ 通学・通所先等

名称	所在地	電話番号	利用日等

■ 同居家族

氏名	続柄	不在時の連絡先等 (所在地・電話番号等)

■ 緊急連絡先

氏名	続柄	連絡先等 (住所・電話番号等)

複写禁止

※裏面に続く

複写禁止**■ 自宅の状況**

普段いる 部屋の場所	
寝室の場所	

■ 避難時における不可欠品

常備薬	
医療器具・ 福祉用具	

■ 担当民生委員

--

■ 所属町会・自治会等

--

■ 避難支援者

ふりがな (氏名)	(住所)	(電話番号)	(本人との関係)
ふりがな (氏名)	(住所)	(電話番号)	(本人との関係)
ふりがな (氏名)	(住所)	(電話番号)	(本人との関係)

※災害時等、避難支援をおこなう方はご自身やご家族の安全が確保されてから、無理のない範囲で安否確認等の支援をおこないます。

■ 避難所等

一時集合場所	一時避難場所	避難所	二次避難所(福祉避難所)

※火災や自宅倒壊の危険性がない場合は自宅待機となります。

■ 留意点

避難誘導に おける留意点	
避難先 における留意点	

■ 福祉保健サービスの利用状況

サービスの種類	事業者名	所在地	電話番号	担当者名

■ その他・備考

--

■ 関係機関との情報共有に係る同意書

私は、避難行動要支援者支援事業の趣旨を理解し、本個別支援プランを、支援者、所属町会・自治会(自主防災会を含む。)、民生委員・児童委員、小金井市等の関係機関が共有することに同意します。			
署名	印	代理人署名	印

本票に記載された情報は、災害発生時に地域での安否確認、避難支援等に利用するものであり、平常時における複写、目的外の利用、第三者への提供を禁止します。

小金井市福祉保健部地域福祉課地域福祉係
電話 042-387-9915