第２号様式（第７条関係）

避難行動要支援者台帳兼個別避難計画書登録申請書

年　　　月　　　日

生駒市長　様

私は、避難行動要支援者台帳への登録を申請します。また、同台帳及び個別避難計画書に記載する情報を市及び下記の情報提供先（関係機関等）へ提供することに同意します。

　また、事前の備えや避難行動、避難生活において、最大限自身や家族でできることをします。

【避難行動要支援者台帳への登録情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | T　S　H　R　　　　　年　　　月　　　日 |
| 登録者  氏名（自署） |  | 性別 | 男　・　女 |
| 登録者  住所 | 生駒市 | 加入自治会 |  |
| 連絡先 | □電話　□FAX　□携帯 | □電話　□FAX　□携帯 | |
|  |  | |
| □メール | □その他 | |
|  |  | |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 代理人  氏名（自署） |  | 電話番号 |  |
| 代理人  住所 |  | | |
| 同居家族等 | □いない　　□いる（　　　　　　）人 | | |
| 避難支援が  必要な理由 | □70歳以上の1人暮らし　□要介護 3 ・ ４ ・　5  □障がい者手帳（□身体 1 ・ 2 級　□療育A　□精神1級） | | |
| □その他（認知症・郡山保健所の要援護者台帳登録済み等） | | |

裏面もあります

個別避難計画書の登録を希望される方は以下の項目を記入してください。

個別避難計画共有先

　情報共有について同意する共有先にレ点をつけてください。レ点をつけられた共有先に個別避難計画書を共有し、災害発生時の避難行動要支援者の支援活動、日々の見守りに活用されます。また、個人情

報以外の内容についてはお住まいの地域の避難所運営、生駒市の災害対策に活用いたします。

　なお、今回共有いただく内容は上記の目的以外に外部提供いたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| □共有先について一任します。  □以下の共有先について同意します。 | |
| 共有してもよい支援  関係先にチェック | □自治会･自主防災会に一任　　□民生・児童委員　　　　□避難所運営担当者  □自治会長　　　　　　　　　　　　　□避難支援員　　　　　　 □相談支援事業者・  □自治会役員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福祉サービス事業者 |

１　緊急連絡先（避難時の不在・負傷等）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | 住所 | 電話番号 | 備考  （勤務先、身体的な  事情、交流頻度等） |
| 続柄 | 生年月日 | 携帯電話 |
|  | |  |  |  |
|  | T S H R　　　　年 　　月 　　日 |  |
|  | |  |  |  |
|  | T S H R　　　　年 　　月 　　日 |  |

2　居住地について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 洪水 | □洪水浸水想定区域内 | 土砂災害(特別)  警戒区域 | □レッドゾーン  □イエローゾーン  □区域外 |
| 想定最大規模（水深　　　　　ｍ～　　　　ｍ） |
| □洪水浸水想定区域外 |

3　かかりつけの病院等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 疾患名 |  | 電話番号 |  |
| 医療機関名 |  | | |
| 疾患名 |  | 電話番号 |  |

①電源を必要とする医療機器等の使用

|  |
| --- |
| □人工呼吸器　　　□在宅酸素　　　　□吸引　　　□輸液ポンプ　　□腹膜透析　　□透析 □電動ベッド　 □エアーマット  □その他： |

②利用している居宅介護支援事業所/計画相談支援事業所（障がい者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者  2 |  | 電話番号 |  |

4　避難支援員

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 本人  との関係 | 住所 | 連絡先 | | 対応可能な  避難支援 |
| 1 |  |  |  | 電話 |  | □情報伝達  □安否確認  □避難誘導 |
| 携帯 |  |
| 2 |  |  |  | 電話 |  | □情報伝達  □安否確認  □避難誘導 |
| 携帯 |  |
| 3 |  |  |  | 電話 |  | □情報伝達  □安否確認  □避難誘導 |
| 携帯 |  |
| 4 |  |  |  | 電話 |  | □情報伝達  □安否確認  □避難誘導 |
| 携帯 |  |
| 5 |  |  |  | 電話 |  | □情報伝達  □安否確認  □避難誘導 |
| 携帯 |  |

５　避難先候補

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 避難先 | 避難方法 | 避難完了にかかる時間※ |
| 風水害 |  |  |  |
|  |  |  |
| 地震 |  |  |  |
|  |  |  |

※災害発生後、避難する準備を始めて家から出るまでの時間と、家から避難先までの移動にかかる時間の合計

6　支援に関する配慮・留意事項

4

3

|  |  |
| --- | --- |
|  | 配慮・留意事項 |
| 情報伝達 | □　ものが見えない（見えにくい） |
| □　音が聞こえない（聞こえにくい） |
| □　言葉や文字の理解がむずかしい |
| □　危険なことを判断できない（できにくい） |
| □　その他（　　　　　　　　　　） |
| 安否確認 | □　自分の安否を発信できない |
| □　その他（　　　　　　　　　　） |
| 避難誘導 | □　立つことや歩行ができない |
| □　顔を見ても知人や家族だとわからない |
| □　その他（　　　　　　　　　　） |

7住んでいる家の間取り

|  |
| --- |
|  |

8　おくすりの情報（お薬手帳等のコピーや写真を貼ってください）

※以降の項目はご自身の状態に応じて任意で記入し提出してください。

登録者氏名

**※氏名を必ずご記入ください。**

1　登録者本人の情報

1. 利用している福祉サービス事業所とサービス内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 担当者 | 電話番号 | 利用しているサービス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

②普段の１日の行動パターン

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 時間帯 | 頻度・曜日 | 備考 |
| 起床 |  |  |  |
| 通所サービス利用 |  |  |  |
| 通院 |  |  |  |
| 外出 |  |  |  |
| 家族の来訪 |  |  |  |
| ヘルパー・訪問看護等 |  |  |  |
| その他来客 |  |  |  |
| 入浴 |  |  |  |
| 就寝 |  |  |  |

2　ご自宅について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 構造 | □木造　　□鉄骨　　□鉄筋コンクリート | | （　　　　）階建て | |
| 種類 | □一般住宅　　　□集合住宅　　　□店舗等併用住宅 | | | |
| 建築年 | 年建築 | 昭和56年以前の建築の場合、耐震工事 | | □あり　　　□なし |

３　避難先候補

①避難時の持ち出し品

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 携行品の情報【（例）薬　〇日分、〇〇ための機器】 | 保管場所 | |
| □ | 非常用持出袋  内容： | 階 |  |
| □ | 処方箋とお薬手帳 | 階 |  |
| □ | 補聴器、充電器、老眼鏡 | 階 |  |
| □ | 安否確認通信機器 | 階 |  |

②自宅の防災備蓄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | 飲料水 | （　　　　　　　）L（　　　　　　　）日分 |
| □ | 食料 | （　　　　　　　）食（　　　　　　　）日分 |
| □ | 携帯トイレ | （　　　　　　　）回 |
| □ | 日用品 | ティッシュ、トイレットペーパー、ラップ、ごみ袋、  カセットコンロ、カセットガス等 |
| □ | 情報端末 | 携帯電話、携帯ラジオ、携帯テレビ等 |
| □ | 照明器具 | 懐中電灯、ろうそく等 |
| □ | ボディケア用品 | 汗拭きシート、ウェットシート等 |

4　避難生活を送る上での配慮事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 配慮事項 | 詳細・対応方法 |
| 体勢を  変える | □　自分で体勢を変えることができない  （寝返り、起き上がる、立ち上がる等） |  |
| 食事への  配慮 | □　アレルギー　　　□　咀嚼が難しい  □　飲み込むことが難しい |  |
| 排泄ケア | □　トイレへの誘導　　 □トイレ内での介助  □　紙おむつ・パッド　　　□　おむつ交換（一部介助/全介助） |  |
| 身体を  清潔に保つ | □　声掛け　　　□　一部介助　　　□　全介助 |  |
| 集団生活 | □　認知症　　　□　知的障がい　　　□　精神障がい |  |
| 医療品・  福祉用具 | □　処方薬　□　入れ歯　□　車いす　□　杖　□　医療器具 |  |
| コミュニ  ケーション | □　目が見えない(見えにくい)　　□　耳が聞こえない(聞こえにくい)  □　発話できない(しにくい) 　□　日本語での会話が難しい |  |
| その他  特記事項 |  | |
| 避難先で過ごすことができる最大日数　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）日  福祉避難所・二次避難所等への移送　　　　□必要　□不要 | | |

5　必要な配慮等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □眼鏡　□補聴器　□筆談　□手話　□杖　□シルバーカー　□歩行器　□車いす | | | |
|
| ペット等 | □いない　　□いる　種類：（　　　　　　　　） | 盲導犬の有無 | □なし　　□あり | |