

避難行動要支援者台帳登録

(申請書 ・ 変更届 ・ 廃止届)

同意欄

宇陀市長 様

私は、下記内容を台帳に登録するとともに、その台帳情報を緊急時や災害発生時の避難支援、安否確認、その他生命又は、身体を災害から保護を受けるため、平常時から宇陀市、自治会、民生児童委員、消防署、警察署などの避難支援等関係者へ事前に提供することに同意します。

氏名 平成 年 月 日

本人

※ 代理人の場合 (続柄)

代理人 印

住所

※本人署名の場合は、押印は不要です。

(注) 避難行動要支援者台帳登録制度に登録していても、災害の状況によっては、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また避難支援者に対する法的な責任や義務を負うものでもありません。

避難行動要支援者 (本人)

自治会名				民生児童委員氏名			
フリガナ		男・女	生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日
氏名			住所	宇陀市			
電話番号			血液型	A・B・O・AB(RH + ・ -)			
携帯電話			メールアドレス				
FAX			緊急通報装置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
避難行動要支援者の区分 該当するものに☑をつけてください。	介護	<input type="checkbox"/> 要介護認定3~5を受けている者 (介護度 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
	障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者 (児)	部位	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 言語障害	
		(手帳等級:)		<input type="checkbox"/> 上肢不自由	<input type="checkbox"/> 下肢不自由	<input type="checkbox"/> 体幹不自由	
		<input type="checkbox"/> 知的障害者 (児)		<input type="checkbox"/> 内部障害	<input type="checkbox"/> 在宅重症難病患者		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 (児)						
高齢者	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしの高齢者	状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり	透析			
	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯		<input type="checkbox"/> 認知症あり	<input type="checkbox"/> 要			
	<input type="checkbox"/> 昼間高齢者のみの世帯			<input type="checkbox"/> 不要			
その他							

緊急時の家族等への連絡先

氏名	続柄	住所	連絡先	携帯
			自宅	
氏名	続柄	住所	連絡先	携帯
			自宅	
氏名	続柄	住所	連絡先	携帯
			自宅	

家族構成・同居状況等	居住建物の構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋造 (階建て)					
(人世帯)	居住建物の種別	<input type="checkbox"/> 一般住宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 市営住宅					
	普段いる部屋	階の	見取り図	1階		2階	
	寝室の位置	階の		左奥	右奥	左奥	右奥
	日中の活動場所			左手前	右手前	左手前	右手前

「玄関」は△、「普段いる部屋」は○、「寝室」は●

廃止理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

個別計画

病名	
かかりつけ病院	(名称) (所在地) (担当医) (電話)
服用の薬、用量 ※お薬手帳の添付可	(薬名) (量)
福祉サービス提供者名	(介護事業者名) (連絡先)
アレルギー	(内容)

避難支援者（避難準備情報等の情報伝達者を兼ねる）

氏名		続柄	住所	電話	携帯 自宅
氏名		続柄	住所	電話	携帯 自宅
氏名		続柄	住所	電話	携帯 自宅

避難場所

情報伝達手段

- 直接、声をかけてほしい
- 理解することが苦手なので、わかりやすい言葉で話してください。
- 耳の聞こえが良くないので、大きな声で呼びかけてください。
- 耳が聞こえないため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしい
- （その他）

避難誘導の留意事項

- 避難所まで連れて行ってほしい
- 歩行介助してほしい
- 車椅子の介助をしてほしい
- 担架やリヤカーなどで連れて行ってほしい
- 常用している治療薬剤の携行を確認してほしい
- （その他）

日常生活での必要な手助けなど

- 家族以外の介助者が必要
- 持続的な医療行為が必要
- 移動介助してほしい
- 胃瘻(いろう)や中心静脈栄養のため、食事に対して配慮が必要です。
- 認知症ですので、配慮が必要
- 精神障害（精神の不安定、幻聴・幻覚など）に対するフォローが必要
- 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあるので、配慮が必要です。
- 食事に対して配慮（きざみ食など）が必要です。
- ペースメーカー等を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要
- カテーテル留置をしているため、排尿に配慮が必要
- （その他）

特記事項： 日常生活において必要な物品等があれば記入ください。

- 人工呼吸器
- たん吸引機
- 吸入器（ネブライザー）
- 酸素ボンベや酸素濃縮器
- 人工肛門のためストマ用装具
- おむつ
- （その他）

この計画に関する情報は、災害時に避難支援を迅速且つ的確に行うものであり、それに関連する福祉施策以外への用途に使用したり、他に情報を流したりすることを禁ずる。 宇陀市長