

田舎館村個別避難計画

作成日 年 月 日

避難行動要支援者	住 所	〒		電 話	
		田舎館村大字		F A X	
				携帯電話	
	ふりがな			メールアドレス	
	氏 名			生年月日	西暦・大正 年 月 日 昭和・平成
				性 別	男 ・ 女
	避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障害（1級・2級） <input type="checkbox"/> 要介護認定（3・4・5） <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 知的障害（A） <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 日中（夜間）独居 <input type="checkbox"/> 精神障害（1級） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	避難時に配慮しなくてはならない事項	<input type="checkbox"/> 手帳所持【障害名 】 <input type="checkbox"/> 医療機器の装着等をしている <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 物が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他【 】			
特記事項 自宅で想定されるハザード状況・常備薬の有無等					
家族構成		見取り図 （普段いる 部屋、寝室の 位置等）	N ↑		

緊急時の連絡先	住 所			連絡先	電 話	
	ふりがな		本人との関係		その他	
	氏 名			連絡先	電 話	
	住 所				その他	
	ふりがな		本人との関係			
	氏 名					

上記避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認すると共に、関係機関に報告することを了承します。

本人または代筆者氏名 _____

代筆者の場合、本人との関係 _____