

# 松戸市 個別避難計画書（表面）（案）

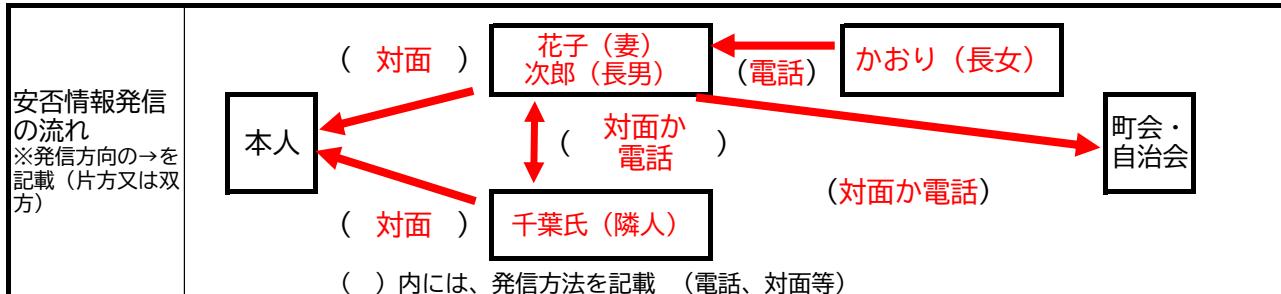
＜震度5強以上が松戸市で観測した場合＞※あくまでも目安

要件	要介護認定	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/>	【身体】手帳(1級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( 級) <input type="checkbox"/> 【精神】手帳( 級)	
フリガナ	マツド タロウ		性別	持病等
本人氏名	松戸 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男	①脳梗塞（四肢麻痺） ②高血圧症
			<input type="checkbox"/> 女	
			<input type="checkbox"/> その他	
生年月日	昭和25年1月1日			
身長・体重	160cm/50kg		年齢	74 歳 血液型 A 型
住所	松戸市根本387-5			<普段過ごしている場所> テレビのある居間
	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階)	エレベーター 有・無	
電話	047-111-1111		携帯	080-0000-0000
FAX	047-111-1111		メール	
同居家族等	<input checked="" type="checkbox"/> あり	氏名	松戸 花子	関係性 妻
				<input type="checkbox"/> なし

避難時配慮事項	1 基本的事項		3 避難する時の介助について	
	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない		<input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要	
	<input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞こえにくい）		<input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器所持	
	<input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい）		<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子所持	
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	2 コミュニケーションについて		4 持ち出し品について	
	<input checked="" type="checkbox"/> 大声で話してほしい		<input checked="" type="checkbox"/> おくすり手帳	
	<input type="checkbox"/> 筆談が必要		<input checked="" type="checkbox"/> 薬	
<input type="checkbox"/> ジェスチャーが必要		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

緊急連絡先 ①	名前	松戸 花子	関係性	妻
	電話	047-111-1111	住所	松戸市根本387-5
緊急連絡先 ②	名前	松戸 次郎	関係性	長男
	電話	090-1111-1111	住所	松戸市松戸在住
緊急連絡先 ③	名前	柏 かおり	関係性	長女
	電話	090-2222-2222	住所	柏市豊四季在住

避難支援等 関係者情報 (安否確認・ 避難誘導)	名前	松戸 次郎	関係性	長男
	住所	松戸市松戸0番地		
	電話	090-1111-1111	備考	安否確認者（対面又は電話）
	名前	千葉 たかし	関係性	隣人
	住所	松戸市根本388番地		
	電話	047-366-0000	備考	安否確認者（対面又は電話）



## 松戸市 個別避難計画書（裏面）

避難先 ①	場所	在宅避難	避難行動 避難方法	安全確保の上、待機。 妻、長男、長女、隣人と安否確認。
避難先 ②	場所	●●小学校	避難行動 避難方法	自宅が倒壊等により生活が困難な場合は、 妻、長男、隣人のサポートを受けて、 車椅子等を使用して避難。
地域の避難場所 (参考)	町会等地元の 避難場所	●●公園	指定避難所 (小・中学校)	●●小学校

その他 特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>リビングのベッドの上で主に生活している。</li> <li>移動や避難には車椅子等の使用が必要で、サポートが必要。</li> <li>食べ物は刻み食で細かくし、誤嚥防止のため水にもとろみ剤が必要。</li> <li>トイレもオムツを使用しており全介助が必要。</li> <li>耳が聞こえづらく、大きな声でゆっくりと話して欲しい。</li> <li>内服薬がベッドの近くにあるので、持ち出しが必要。</li> </ul>
-------------	---

関係機関情報 ①担当している ケアマネージャー・相 談支援員等事業 所 ②～⑤は、デイ サービス・訪問 看護・かかりつけ医 等 ※備考欄に利用 日・時間等記載	①名称	●●居宅介護支援サービス	電話	047-366-0000	担当/ 利用日	田中氏
	②名称	●●苑（デイサービス）	電話	047-366-1111	担当/ 利用日	火～金 9時～17時
	③名称	●●病院	電話	047-366-XXXX	担当/ 利用日	佐藤Dr 月1回往診
	④名称		電話		担当/ 利用日	
	⑤名称		電話		担当/ 利用日	

(1) 本計画に登載されている情報を、下記の避難支援者等関係者へ平時から提供します。 (○をつける)

★提供者  福祉関係者、 医療関係者、 町会・自治会、 民生委員・児童委員、 その他（隣人）

(2) 当該計画は、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、避難支援者に法的責任や義務を負わせるものではありません。

本計画の記載内容に誤りがないことを確認するとともに、上記の項目について了承します。

令和 7 年 1 月 1 日

氏名

本人の署名

代理署名

(本人との関係： )