

# 松戸市 個別避難計画書（表面）

<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 type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 【身体】手帳（ 級）			<input type="checkbox"/> 療育手帳（ 級）			<input type="checkbox"/> 【精神】手帳（ 級）				
フリガナ					性別		持病等					
本人氏名					<input type="checkbox"/>	男						
					<input type="checkbox"/>	女						
					<input type="checkbox"/>	その他						
生年月日												
身長・体重	c m /		k g		年齢		歳	血液型		型		
住所							<普段過ごしている場所>					
	<input type="checkbox"/> 戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階）				エレベーター 有 ・ 無						
電話					携帯							
F A X					メール							
同居家族等	<input type="checkbox"/> あり 氏名				関係性				<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 type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない		<input type="checkbox"/> 支えが必要	
	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞こえにくい）		<input type="checkbox"/> 杖・歩行器所持	
	<input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい）		<input 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 type="checkbox"/> 大声で話してほしい		<input type="checkbox"/> おくすり手帳	
	<input type="checkbox"/> 筆談が必要		<input 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		関係性	
	電話		住所	
緊急連絡先 ②	名前		関係性	
	電話		住所	
緊急連絡先 ③	名前		関係性	
	電話		住所	

避難支援等 関係者情報 （安否確認・ 避難誘導）	名前		関係性	
	住所			
	電話		備考	
	名前		関係性	
	住所			
	電話		備考	

安否情報発信 の流れ ※発信方向の→を 記載（片方又は双 方）	<pre> graph LR     A[本人] -- "(対面)" --&gt; B[ ]     A -- "(対面)" --&gt; C[ ]     B &lt;--&gt;  "(対面か電話)"  D[ ]     C &lt;--&gt;  "(対面か電話)"  D     B -- "(対面か電話)" --&gt; E[町会・自治会]     C -- "(対面か電話)" --&gt; E             </pre>			
	( ) 内には、発信方法を記載（電話、対面等）			

# 松戸市 個別避難計画書（裏面）

避難先 ①	場所		避難行動 避難方法	
避難先 ②	場所		避難行動 避難方法	
地域の避難場所 (参 考)	町会等地元の 避難場所		指定避難所 (小・中学校)	

その他 特記事項	
-------------	--

<b>関係機関情報</b> ①担当している ケアマネジャー・ 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	①名称		電話		担当／ 利用日	
	②名称		電話		担当／ 利用日	
	③名称		電話		担当／ 利用日	
	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 ( )

(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。

年 月 日 氏名 代理署名

(本人との関係: )