

避難行動要支援者調査書

※ 該当する項目の □ 欄には チェック印☑を付けてください。

避難行動要支援者名簿に関する意向確認書

令和 6 年 3 月 1 日

住 所 木更津市 富士見 1-2-1

氏 名 木更津 一郎

電話番号 090-1234-5678

1 あなたの個人情報を記載した避難行動要支援者名簿を、避難支援等関係者にあらかじめ提供することについて同意しますか？

☒ 同意します

☐ 同意しません 理由： []

2 あなたの避難のための「個別計画」を作成しますか？

☐ 作成しません

.....> ①を記入

☒ 下記「個別計画」のとおり作成しました

.....> ②・③を記入

☐ 「個別計画」を作成するための支援を要望します

.....> ④を記入

あなたの避難行動の支援体制についておたずねします

1 あなたは災害時に支援を必要としますか？

☐ ①自力で避難できるので必要ない ☐ ②必要 ☐ ③その他()

※ ②・③と答えた方は 次の2へ

2 災害時にあなたを支援する人はいますか？

☐ 決まっている ☐ 決まっていない ☐ その他()

個別計画

あなたの情報	住 所	木更津市 富士見 1-2-1			性別	☐ 女 ☒ 男	血液型	A
	フリガナ	キサラツ イチロウ			連 絡	電話(自宅)	23-1234	
	氏 名	木更津 一郎			先	電話(携帯)	090-1234-5678	
	生 年 月 日	明 大 昭 平	25 年 5 月 5 日		先	ファクス		
					先	メー ル	xxxxxxx@xxxxx.co.jp	
	要 支 援 者 該 当 項 目	☒ 年齢が65歳以上で独居 または 世帯の全員が65歳以上 ☐ 要介護者(要介護3~5) ☐ 障がい者(身体障がい者手帳 1~2級 または 療育手帳 ①1、①2、①A1、A2 または 精神障がい者保健福祉手帳 1級) ☐ 上記以外						
	配慮すべき ことがら	持病：〇〇〇 (〇〇クリニック) △△△ (△△医院)						
	同居 者	氏 名 (同じ苗字の人は名前のみ)	年齢	続柄 (関係)	氏 名 (同じ苗字の人は名前のみ)	年齢	続柄 (関係)	
		なし						
自治会・町内会に加入している方は 会 の 名 称 を お 書 き く だ さ い				〇〇自治会				

避難支援者	所 属 組 織 (なければ空欄)		〇〇自治会				
	住所		氏名		関係	電話	
	富士見1-×-×		潮見 花子			23-××××	
	富士見2-×-×		築地 一男			23-××××	
	富士見3-×-×		潮浜 次郎			23-××××	
※ 自治会等で支援することは決まっているが、固定の人員配置をしないなどの場合は、市からの連絡先となる1名の記載と、余白に支援に携わる予定の人員数を「支援者計〇名」と記載してください。							
避難行動の計画	避難指示など 災害情報の 伝 達 方 法	方 法	支援者 潮見花子からの電話による伝達				
		留 意 事 項	耳が遠い 視力は左右とも0.1以下で遠くの字が読めない				
	避 難 先	最寄りの避難所・避難場所		××小学校			
		洪水浸水	〇〇公民館		土砂災害	××小学校	
		津 波	自宅避難		高 潮	〇〇公民館	
	避難先までの 移 動 方 法	方 法	〇〇公民館へは、支援者 築地一男が△△区内の要支援者宅を回り車で輸送。 ××小学校へは、原則として、いずれかの支援者の誘導による徒歩での移動。				
		避 難 時 品	医薬品：高血圧薬〇〇（〇〇クリニック）、お薬手帳				
		留 意 事 項	杖があれば、ゆっくりではあるが自分で歩ける。長く歩く場合は別途車椅子を調達する必要あり。				
	避 難 所 生 活	サポ-ト す る 事	支援者 潮見花子が、トイレ等、避難所内の移動を介添。				
		留 意 事 項	持病の〇〇〇について、体調が悪化したときの症状に注意 症状：〇〇〇〇〇〇、〇〇〇〇〇〇				
緊急時連絡先	区 分	名称	電話番号	名称	電話番号		
	医 療 ・ 福 祉 機 関 等	〇〇クリニック (〇〇先生)	〇〇-〇〇〇〇	△△医院 (△△先生)	△△-△△△△		
	学 校 ・ 勤 務 先						
	親 戚 ・ 知 人 そ の 他	〇〇〇〇（長男）	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇（知人）	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
特記事項							