

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等に関する意向確認書

令和 7 年 12 月 24 日

必ず記入

住 所 木更津市 富士見1-2-1

☒ 個別避難計画の作成の支援を
要望する場合は☑してください。

氏 名 木更津 太郎

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？

自治会・町内会、自主防災組織、民生委員など

☒ 同意します☐ 同意しません

理由：

同意しませんでした場合、その理由もお書き下さい。
(例：同居家族の補助があるため支援不要 など)

2 「個別避難計画」の作成に同意しますか？

☒ 同意します☐ 同意しません

.....➡ ㉠・㉡を記入

3 作成した個別避難計画を、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

事前に伝えておくことでスムーズな避難支援が可能となります。

個別避難計画

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|----|------------|----------------------|--------|---------------|---|
| あなたの情報 | 住 所 | 木更津市 富士見1-2-1 | | | 性別 | 男 | 血液型 | A |
| | フリガナ | きさらづ たろう | | | 連絡先 | 電話(自宅) | 23-1234 | |
| | 氏 名 | 木更津 太郎 | | | | 電話(携帯) | 090-1234-5678 | |
| | 生 年 月 日 | 昭和25年5月5日 | | | | ファクス | 23-1235 | |
| | | | | | | メー ル | XXX@XX.co.jp | |
| | 要 支 援 者 該 当 項 目 | <input checked="" type="checkbox"/> 要介護者(要介護3~5) <input type="checkbox"/> 障がい者(身体障害者手帳 1~2級 または 療育手帳 ㉠、㉡、㉢、 A1、A2 または 精神障がい者保健福祉手帳 1級) <input type="checkbox"/> 指定難病患者・小児慢性特定疾病患者 <input type="checkbox"/> 医療的ケアを受けている者 <input type="checkbox"/> 上記以外 | | | | | | |
| | 配 慮 す べ き こ と が ら | 持病：高血圧(〇〇クリニック) 糖尿病(△△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) | |
| | | 花子 | 74 | 妻 | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 〇〇町内会 | | | |

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|----------------|--------------|
| 避難支援者 | 所属組織 (なければ空欄) | 〇〇介護事業所、〇〇町内会、〇〇自主防災組織 など | | | |
| | 住所 | 氏名 | 関係 | 電話 | 個人情報 提供同意 |
| | 富士見1-2-X | 木更津 一男 | 子 | 23-XXXXX | ✓ |
| | 朝日1-〇-△ | 木更津 次郎 | 弟 | 23-XXXXX | ✓ |
| | 富士見1-△-□ | 矢那川 愛子 | 町内会 | 34-XXXXX | ✓ |
| | 支援者計2名 | | 避難支援者から同意を得て『✓』 | | |
| ※ 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 | 避難指示などの 伝達方法 | 方 法 | 支援者 木更津一男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 | | X〇小学校 | |
| | | 洪水浸水 | 〇△中学校 | 土砂災害 | 在宅避難 |
| | | 津 波 | 〇△ビル | 高 潮 | 〇△中学校 |
| | 避難先までの 移動方法 | 方 法 | X〇小学校へは、原則として、地域の避難支援者の誘導による徒歩での移動。 〇△中学校へは、支援者 木更津一男が車で輸送。 | | |
| | | 避難時 携行品 | 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、少し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 ー ト す る 事 | 支援者 木更津一男がトイレ等、避難所内の移動を介添 | | |
| | | 留意事項 | 持病の〇〇について、体調が悪化した際の症状に注意 | | |
| 緊急時連絡先 | 区 分 | 名称 | 電話番号 | 名称 | 電話番号 |
| | 医療・福祉 関 等 | 〇〇クリニック (〇〇先生) | 〇〇-〇〇〇〇 | △△医院 (△△先生) | △△-△△△△ |
| | | 〇〇事業所(〇〇ケ アマネージャー) | ××-×××× | | |
| | 学 校・勤 務 先 | | | | |
| | 親 戚・知 人 そ の 他 | 潮見 良子・姉 | □□-□□□□ | 富士見 年夫・隣人 | 〇〇-×××× |
| | | | | | |
| 特記事項 | <p>例：毎週火曜・木曜の10時～12時は、デイサービス〇〇を利用。（送迎あり） 支援者 木更津一男は、勤務地が東京のため、平日日中は不在が多い。</p> <p>※訪問介護やデイサービスを受けている曜日・時間帯など。また、その時間帯は施設から避難支援を受けられるが、それ以外の時間帯は地域で避難支援する場合など。緊急通報システムがある場合、通報先などの情報。医療的ケアが必要な場合、使用している器具など。</p> | | | | |