

避難行動要支援者の情報提供に関する同意確認書

以下の質問に回答し、あてはまるものにチェック☑を入れてください。

- ①あなたは施設入所中(長期入院中)ですか？ はい:このまま提出してください
いいえ:②へ進んでください

- ②あなたは災害時に自力で避難ができますか？ はい:このまま提出してください※
いいえ:③へ進んでください

※はいとお答えの方で、緊急キットの配布を希望される方も、③へ進んでください。

- ③以下の留意事項を必ずご確認のうえ、回答してください。

【留意事項】

情報提供の同意により、支援者から災害発生時の避難支援を受けられる可能性は上がりますが、支援者自身や家族等が安全であることが前提のため、同意により支援が必ず保障されるものではありません。

また、支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記を理解し、私は、災害時の支援活動や事前対策の検討、防災訓練に役立てるため、下記に記載する情報を、民生委員、自治委員(自主防災組織)、社会福祉協議会、消防本部、市の関係課に情報提供することに

同意します：下記に署名捺印し、本紙裏面と別紙(個別避難計画)に可能な範囲で情報を記入し、提出してください。

同意しません:本紙裏面に可能な範囲で情報を記入し、提出してください。

※自力避難でき、緊急キット配布希望の方は、裏面の相談支援事業所欄までご記入ください。

年 月 日

氏名 _____ ①

代理人 _____ ②

本人との関係: _____

裏面に続きます

要支援者に関する情報

フリガナ				生年月日			
氏名				性別		血液型	
住所	〒					自治区	
電話番号				FAX			
携帯電話				メール			
世帯状況	人世帯（構成： ）						
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり						
緊急時の 家族等連絡先	氏名	続柄()		住所			
				電話番号			
	氏名	続柄()		住所			
				電話番号			
	氏名	続柄()		住所			
				電話番号			
	氏名	続柄()		住所			
				電話番号			
地区民生委員	氏名			電話番号			
かかりつけ医①	病院名			治療中の病気			
	主治医			電話番号			
かかりつけ医②	病院名			治療中の病気			
	主治医			電話番号			
居宅介護支援 事業所	事業所名			要介護度			
	担当者			電話番号			
障がいの状況	種別	身体		療育		精神	
	身体部位						
相談支援事業所	事業所名						
	担当者			電話番号			
支援を必要とする事由	該当する全て にチェック	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない			<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい		
		<input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい)			<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族と分らない		
		<input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい)			<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない		
		<input type="checkbox"/> その他					

整理番号

個別避難計画

避難時の支援者

支援者 (同居家族、知人、 自主防災組織等)	①	氏名			電話番号	
		関係		住所		
	②	氏名			電話番号	
		関係		住所		
	③	氏名			電話番号	
		関係		住所		
	④	氏名			電話番号	
		関係		住所		

避難時の支援

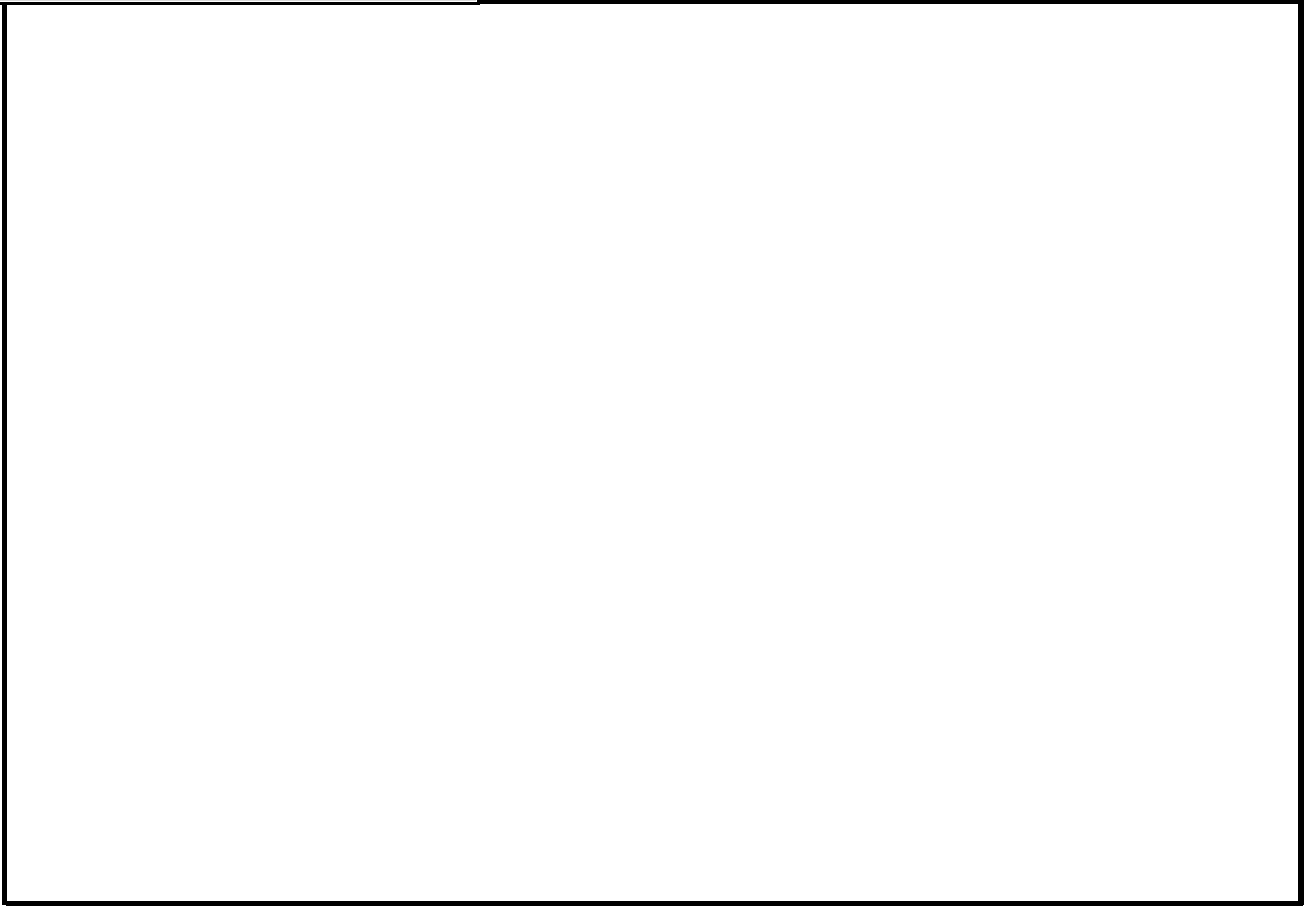
避難所	地震	風水害
携行する物 (補助具、医薬品等)		
避難誘導時の 留意事項		

避難所生活の支援

避難先での 留意事項	
---------------	--

裏面に続きます

避難経路図



屋内見取図

