

玉野市個別避難計画

作成区分	☐ 新規 ☐ 更新
------	---

令和 年 月 日

事業所名		連絡先	
作成者名		方式	☐ 個別訪問方式 ☐ 調整会議方式

■本人の基礎情報

■は必須項目

フリガナ		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日		
氏 名		年齢	歳	性 別	男 ・ 女
住所又は居所			血液型	A ・ B ・ O ・ AB	
電話番号	— — □ なし		携帯電話番号	— — □ なし	
避難支援を必要とする理由	☐ 要介護3～5 ☐ 身体障害者手帳1・2級（総合等級）第一種 ☐ 療育手帳A ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 県、市の生活支援を受けてる難病患者 ☐ その他支援が必要				

□住まいの状況・■災害リスク

住まい	階数	☐ 平屋建て ☐ 2階建て ☐ 3階建て ☐ マンション・アパート （ 階 ）				
	構造	☐ 木造 ☐ 鉄骨造 ☐ 鉄筋コンクリート造 ☐ 不明 築年数：約（ ）年				
土砂災害のリスク ＜種別＞	☐ 特別警戒区域 ☐ 警戒区域 ☐ 分からない ☐ 該当なし ☐ 土石流 ☐ 地すべり ☐ 急傾斜地の崩壊（がけ崩れ）					
洪水による浸水リスク	☐ 3.0m以上 ☐ 1.0m～3.0m未満 ☐ 0.5m～1.0m未満 ☐ 0.5m未満 ☐ 分からない ☐ 該当なし					
内水による浸水リスク	☐ 3.0m以上 ☐ 1.0m～3.0m未満 ☐ 0.5m～1.0m未満 ☐ 0.5m未満 ☐ 分からない ☐ 該当なし					
高潮による浸水リスク	☐ 3.0m以上 ☐ 1.0m～3.0m未満 ☐ 0.5m～1.0m未満 ☐ 0.5m未満 ☐ 分からない ☐ 該当なし					
津波・地震による浸水リスク	☐ 3.0m以上 ☐ 1.0m～3.0m未満 ☐ 0.5m～1.0m未満 ☐ 0.5m未満 ☐ 分からない ☐ 該当なし					

■具体的な避難方法（避難先のみ必須項目）

どこへ避難するか	☐ 自宅内（ 階 ） / ☐ 自宅外（ ） ☐ 施設・病院の場合（ ）
避難のタイミングはいつか	☐ 警戒レベル3「高齢者等避難」が発令されたタイミング ☐ その他（ ）

□本人の生活状況

生活リズム	☐ 日中①（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ） ☐ 在宅 / ☐ 自宅外（ ）
	☐ 日中②（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ） ☐ 在宅 / ☐ 自宅外（ ）
	☐ 夜間 ☐ 在宅 / ☐ 自宅外（ ）
在宅時に過ごしている部屋	☐ 日中①（ 階 ） ☐ 日中②（ 階 ） ☐ 夜間（ 階 ）

□本人の生活状況

移動	☐ 歩ける ・杖（有 ・ 無 ） ・ 歩行器（有 ・ 無 ） ・ 2階への移動（自力 ・ 不可 ） ☐ 歩けない ・車いす（有 ・ 無 ） 留意点 【 】
危険察知	（災害の危険性に気づき、避難行動をとることができるか） ☐ できる ☐ できない 留意点 【 】
意思伝達	（自分で助けを呼ぶことができるか） ☐ できる ・電話（可 ・ 不可 ） ・LINE（可 ・ 不可 ） ☐ できない ☐ 筆談 留意点 【 】
コミュニケーション	（意思疎通を図ることができるか） ☐ できる ☐ できない
視力	☐ 見える ・メガネ（有 ・ 無 ） ☐ 見えにくい ・メガネ（有 ・ 無 ） ☐ 見えない 留意点 【 】
聴力	☐ 聞こえる ・補聴器（有 ・ 無 ） ☐ 聞こえにくい ・補聴器（有 ・ 無 ） ☐ 聞こえない 留意点 【 】
食事	☐ 介助なし ☐ 介助が必要 【 】
摂食	☐ 固形物 ☐ きざみ食 ☐ 流動食 ☐ その他 【 】
排泄	☐ 介助なしでできる ☐ 介助が必要 【 例：夜間ポータブルトイレが必要 など 】
更衣	☐ 介助なし ☐ 介助が必要 【 】
入浴	☐ 介助なし ☐ 介助が必要 【 】
口腔ケア	☐ 介助なし ☐ 介助が必要 【 】
体温調節	☐ できる ☐ できない 留意点 【 】
常備薬	☐ なし ☐ あり →詳細（ ）
衛生用品	☐ 欠かせない衛生用品がある →詳細（ ）
医療機器	☐ なし ☐ あり （名称： ） ・使用頻度（ 常時 ・ 時々 ） ・ 電源（有 ・ 無 ） ・最大稼働時間 分 ・発電機（有 ・ 無 ）
電源使用の福祉用具	☐ なし ☐ あり （名称： ） ・使用頻度（ 常時 ・ 時々 ） ・ 電源（有 ・ 無 ） ・最大稼働時間 分 ・発電機（有 ・ 無 ）
特別な医療	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ・カテーテルの管理 ☐ 経管栄養 ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の管理 ☐ じょくそうの処置 ☐ その他（ ）
その他配慮が必要なこと	

□医療・介護・福祉サービス

介護・福祉の利用サービス	□ なし □ あり				
	事業所名		担当者		
	内 容		電話番号	— —	
	事業所名		担当者		
		内 容		電話番号	— —
介護・福祉専門職	□ なし □ あり				
	事業所名		担当者		
	担当者名		電話番号	— —	
	事業所名		担当者		
		内 容		電話番号	— —
かかりつけ医	□ なし □ あり				
	病院名		医師名		
	内 容		電話番号	— —	
	病院名		医師名		
		内 容		電話番号	— —

□同居者の状況

同居者	□ なし □ 夫 □ 妻 □ 父 □ 母 □ 子ども □ 孫 □ その他（ ）人
同居者の 日中の 生活 リズム	□ 日中①（関係性： ） 在 宅： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 自宅外（ ）
	□ 日中②（関係性： ） 在 宅： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 自宅外（ ）
夜間に家に いる人	□ なし □ 夫 □ 妻 □ 父 □ 母 □ 子ども □ 孫 □ その他（ ）人

□近所の人との関係性

	□ 近所付き合いがある □ ほとんどない
--	---------------------------

□避難準備について

避難準備	（避難準備（身支度の開始など）を始めるタイミングはいつですか）
	（自分自身でどの範囲まで避難準備をすることができますか） ※聞き取りで「できること」「できないこと」を洗い出し、本人を含めて関係者で共有

※避難支援を円滑に行うため、要支援者ご自身もできる範囲で避難準備をお願いします。

■避難の際の支援について

自宅内に留まる場合	(避難の際、避難支援者による支援を必要としていますか)				
	☐ 支援が必要 ☐ 支援は不要				
	支援者①	フリガナ氏名		続柄	
		住所		電話番号	— —
	支援者②	フリガナ氏名		続柄	
		住所		電話番号	— —
支援内容					

自宅外に避難する場合	☐ 支援が必要 ☐ 支援は不要				
	避難先①				
	手 段	☐ 車 ☐ 徒歩 ☐ その他 ()			
	支援者①	フリガナ氏名		続柄	
		住所		電話番号	— —
	支援者②	フリガナ氏名		続柄	
		住所		電話番号	— —
	支援内容				
	避難先②				
	手 段	☐ 車 ☐ 徒歩 ☐ その他 ()			
	支援者①	フリガナ氏名		続柄	
		住所		電話番号	— —
	支援者②	フリガナ氏名		続柄	
		住所		電話番号	— —
	支援内容				

■家から避難場所への地図・避難経路

--