

個別避難計画

取扱注意

記入日 年 月 日

障がい者相談員 又は ケアマネ情報	事業所名						
	担当者名				連絡先電話番号		
管理No	介護保険被保険者番号					性別	
氏名(かな)				生年月日			
住所	下呂市			自治会名			
連絡先	固定番号				携帯電話		
かかりつけの 医療機関名				担当医師名			
支援が必要な 理由	障がい	身障手帳	1・2・3	療育手帳	A・A1・A2	精神手帳	1級
			4・5・6		B・B1・B2		2級・3級
	障がいの内容(身体障害者のみ)						
	要介護認定		要支援(相当)	事業対象者・1・2	要介護	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 75歳以上
想定される 避難場所	A.風水害の場合		①			②	
	B.地震の場合		①			②	
災害時の移動方法 移動用具	移動方法						
	移動用具の有無		無 ・ 有 ()				
特記事項 ・特別な医療 ・電源使用機器 ・欠かせない薬 ・配慮すべき健康状態 ・介護課題 をご記入ください							
区長	氏名					連絡先	
民生委員	氏名					連絡先	
緊急連絡先 ※避難を 支援する人	① 氏名			ご関係		② 氏名	ご関係
	住所				住所		
	連絡先				連絡先		
	③ 氏名			ご関係		④ 氏名	ご関係
	住所				住所		
	連絡先				連絡先		
その他							

避難時に必要となる情報を、私に関係する機関(下呂市・自治会役員・民生委員・医療機関・介護事業所等)に提供することを承諾します。

同意欄: 年 月 日 氏名