様式第3号（第7条関係）

記入例

避難行動要支援者個別避難計画書

令和　6　年　6　月　6　日

十和田市長　　様

福祉専門職記入用

要支援者本人	署 名	十和田　一郎
（代筆の場合）代筆者	署 名	十和田　太郎
	本人との関係	長 男
	連絡先	090-XXXX-XXXX

要支援者情報

ふりがな	とわだ　いちろう			生年月日	
氏名	十和田　一郎			昭和　25　年　1　月　1　日	
住所	〒 034 - 8615 十和田市西十二番町６－１		電話・FAX	TEL 51-6718 FAX 22-7599	
			メール	fukushi@・・・	
かかりつけ医療機関	名 称	○○クリニック	電話	XX-XXXX	
	名 称	訪問看護ステーション●●●	電話	XX-XXXX	
携行医薬品	薬剤名：（書ききれなければ別紙でも可）　禁忌薬： １日量：　服薬回数：　服薬時間：				
指定難病名	ALS（筋萎縮性側索硬化症）		アレルギー	特になし	
介護	認定	なし ・ 要支援 ・ (要介護) 5			
	居宅介護支援事業所	事業所名	在宅介護支援センター□□□		
		担当ケアマネージャー	上北 麗子	電話	XX-XXXX
障がい	手帳	なし ・ (身体) 1 級・ 精神 級・ 療育（愛護） 級			
	相談支援事業所	事業所名	相談支援事業所△△△		
		担当相談員	南部 千代子	電話	XX-XXXX
コミュニケーション	会 話 ・ 筆 談 ・ (文字盤) ・ 意思伝達装置 ・				

配慮してほしいこと 該当に✔				
✔	立つことや歩行ができない			音が聞こえない・聞こえにくい
	物が見えない・見えにくい			言葉や文字の理解が難しい
	自分で判断ができない			他人と一緒が苦手
	パニックになることがある			じっとしていられない
	大きな音や騒音が苦手			自傷や物を壊すなど激しい行動障害がある
	人工透析が必要			オストメイト
	内部障害（　）	✔		その他（言葉が出ない）

してほしい支援 該当に✔			
✔	介助		支え
	声掛け		大きな声
	車いす		杖・歩行器
	その他（　）		

その他留意事項	日常生活の全てにおいて介助が必要な状態

緊急連絡先							
	①	氏名	十和田　太郎	続柄	長男	電話	090-XXXX-XXXX
	②	氏名	秋田　花子	続柄	長女	電話	080-XXXX-XXXX

親族や知人など、実際に連絡できる方を

避難					
避難先	第1	18時間以内にﾗｲﾌﾗｲﾝの目途が立たないとき 十和田市立中央病院	避難方法	該当するものに✔ □ 徒歩　□ 車椅子 ✔ 自動車などによる搬送 □ その他（　　）
	第2			

避難経路

在宅避難、親戚・知人宅、ホテル等も含めて検討しましょう。

ハザードマップを確認し、危険区域を避けましょう。

避難経路図

避難支援をしてくれるか確認したうえで記入しましょう。

避難支援者				
	ふりがな	と わ だ　た ろ う	登録者との関係（家族・知人・町内会など）	
	氏名（自署）	十和田　太郎	長男	
	住所	十和田市西十二番町XX-XX	電話・FAX	090-XXXX-XXXX

その他支援者	
	※複数人いるとき 駒松 さくら（隣人）　十和田市西十二番町XX-XX　TEL22-XXXX

申請・作成支援者				
	氏名	上北　麗子	要支援者との関係	在宅介護支援センター□□□ ケアマネージャー
	住所	十和田市東XX番町XX-XX		

◆注意事項
・内容に変更がある場合はご連絡ください。
・この計画書によって、災害時の支援が約束されるものではありません。
・日頃から、災害に対する十分な備えをお願いいたします。

※医療的ケアが必要な方はこちらもご記入ください。

病 名	ALS（筋萎縮性側索硬化症） (合併症： ○○○)				
発 症	平成 30 年 4 月	呼吸器装着	平成 30 年 7 月 ～	血液型	O 型 Rh ＋ －

	医療機関･事業所名	期 間	頻 度	主治医･担当／連絡先
治療	○○クリニック	平成 30 年 4 月 ～	月１回	青森先生
		年 月 ～		
訪問看護	訪問看護ステーション●●●	平成 30 年 4 月 ～	週３回	
訓練		年 月 ～		
		年 月 ～		
		年 月 ～		

医療的ケア（在宅）の内容

☑ 人工呼吸器	☐ 酸素	☑ 吸引	☑ 栄養･水分
▸種類（気管切開・マスク） ▸施行状況 （常時・夜間・必要時） ▸バッテリー （内部・外部・両方） ▸ﾊﾞｯﾃﾘｰ持続（ 2本 × 7 時間） ▸発電機（有・無） ソーラー発電機 カーインバーター ガソリン	▸（ ） L/分 ▸施行状況 （常時・夜間・必要時） ▸種類 （鼻ｶﾆｭｰﾚ・ﾏｽｸ ） ▸ボンベの予備 （有・無）	▸種類（口腔・鼻腔・気管） ▸ﾁｭｰﾌﾞ ｻｲｽﾞ（ ） ▸気管ｶﾆｭｰﾚの種類･ｻｲｽﾞ （ コーケンダブルサクションチュー ID/OD 8.5/12.0 ） ▸ﾊﾞｯﾃﾘｰ持続（ 10 回分程度） ▸充電式吸引器（有・無） ▸充電式以外の吸引器（有・無）	▸接種方法 （経口・胃ろう・腸ろう・経鼻・バルーンボタン式 ） ▸ﾁｭｰﾌﾞ のｻｲｽﾞ 等 （ 24Ｆｒ ） ▸栄養の種類 （ ） ▸食形態 （軟･きざみ･ ）

排 泄 ☑ オムツ ☐ 膀胱･腎留置カテーテル ☐ その他 （ ）

その他 （ ）

避難について必要な情報を記入（自由記入）

特記事項 ADL 身体の拘縮･禁忌な体位等	