

避難行動要支援者個別避難計画書

記入例

令和 6 年 6 月 6 日

十和田市長 様

本人・家族記入用

要支援者本人 署名 八甲田 峰子
(代筆の場合) 署名
代筆者 本人との関係
連絡先

要支援者情報	ふりがな	はっこうだ みねこ				生年月日	
	氏名	八甲田 峰子				昭和 25 年 1 月 1 日	
	住所	〒 034 - 8615			電話・FAX	TEL 51-6718 FAX 22-7599	
		十和田市西十二番町6-1			メール	fukushi@...	
	かかりつけ医療機関	名称	〇〇クリニック			電話	XX-XXXX
		名称				電話	
	携行医薬品	薬剤名:	書ききれなければ別紙でも可			禁忌薬:	
		I日量:	服薬回数:			服薬時間:	
	指定難病名				アレルギー	特になし	
	介護	認定	なし ・ 要支援 ・ 要介護				
		居宅介護支援事業所	事業所名				
			担当ケアマネジャー				電話
	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	他人と一緒にが苦手				
		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()				
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	目が見えないので、避難所では通路の近くに居させてほしい。						

※医療的ケアが必要な方はこちらもご記入ください。

病 名					
	(合併症: ○○○)				
発 症	年 月	呼吸器装着	年 月 ~	血液型	型 Rh + -

	医療機関・事業所名	期 間	頻 度	主治医・担当／連絡先
治療		年 月 ~		
		年 月 ~		
訪問看護		年 月 ~		
訓練		年 月 ~		
		年 月 ~		
		年 月 ~		

医療的 ケア (在宅) の内容	☐ 人工呼吸器 ▶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) ▶バッテリー持続(時間) ▶発電機(有・無)	☐ 酸素 ▶ () L/分 ▶施行状況 (常時・夜間・必要時) ▶種類 (鼻カニューレ・マスク) ▶ポンベの予備 (有・無)	☐ 吸引 ▶種類(口腔・鼻腔・気管) ▶チューブサイズ() ▶気管カニューレの種類・サイズ () ▶バッテリー持続(回分程度) ▶充電式吸引器(有・無) ▶充電式以外の吸引器(有・無)	☐ 栄養・水分 ▶接種方法 (経口・胃ろう 腸ろう・経鼻・ バルーンボタン式) ▶チューブのサイズ等 () ▶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