

小金井市避難行動要支援者個別支援プラン
(町会・自治会等及び本人・家族等作成用)

令和 6 年 8 月 1 日 作成

第1版

記入例

氏名	(ふりがな) こがねい たろう	性別	生年月日	明・大・ 昭 ・平
	小金井 太郎			20 年 10 月 1 日生
		男 ・女	電話番号	080-0000-0000
住所	小金井市本町6-6-3			

■ 要支援事由

<input checked="" type="checkbox"/> 高齢でひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯	<input type="checkbox"/> 認知症がある	<input type="checkbox"/> 寝たきりである
<input type="checkbox"/> 身体障害がある	<input type="checkbox"/> 知的障害がある	<input type="checkbox"/> 精神障害がある	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行困難
<input type="checkbox"/> その他 ()			

■ 本人の状況

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖等使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> めがね使用 <input type="checkbox"/> 見える範囲が限られている () <input type="checkbox"/> 見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声でないと聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない	
コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 複雑なことは支障あり <input type="checkbox"/> ほとんどとれない	
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介護食等 ()	
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
かかりつけ病院・診療所	主治医	服薬状況
〇〇〇〇病院	〇〇 〇〇先生	〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇

■ 通学・通所先等

名称	所在地	電話番号	利用日等
〇〇サービス	小金井市〇〇町〇-〇-〇	042-000-0000	火水 10:00~12:00
〇〇センター	小金井市〇〇町〇-〇-〇	042-000-0000	金 13:00~16:00
該当がない場合は未記入で構いません。			

■ 同居家族

氏名	続柄	不在時の連絡先等(所在地・電話番号等)
該当がない場合は未記入で構いません。		

■ 緊急連絡先

氏名	続柄	連絡先等(住所・電話番号等)
小金井 ハナコ	子	埼玉県〇〇市〇〇〇-〇〇-〇〇 TEL 090-0000-0000
該当がない場合は未記入で構いません。		

複写禁止

※裏面に続く

複写禁止

■ 自宅の状況

普段いる 部屋の場所	1階 居間
寝室の場所	1階 居間の東隣りの部屋

■ 避難時における不可欠品

常備薬	□□□□□
医療器具・ 福祉用具	一本杖

■ 担当民生委員

□□ □□□

■ 所属町会・自治会等

□□□□□自治会

■ 避難支援者

ふりがな (氏名)	やまだ ○○ 山田 ○○	(住所)	小金井市本町○-○-○	(電話番号)	090-0000-0000	(本人との関係)	知人
ふりがな (氏名)	すずき ○○ 鈴木 ○○	(住所)	小金井市本町○-○-○	(電話番号)	090-0000-0000	(本人との関係)	知人
ふりがな (氏名)	避難支援者は、2名以上の支援者選定を推奨しています。			(電話番号)		(本人との関係)	

※災害時等、避難支援をおこなう方はご自身やご家族の安全が確保されてから、無理のない範囲で安否確認等の支援をおこないます。

■ 避難所等

一時集合場所	一時避難場所	避難所	二次避難所（福祉避難所）
□□□□広場	□□□□中学校	□□□□中学校	

※火災や自宅倒壊の危険性がない場合は自宅待機となります。

■ 留意点

避難誘導に おける留意点	足が少し不自由なため、平常時は杖や歩行器で歩行している。
避難先 における留意点	避難所での生活支援などに活用できる、身体特性などから生じる留意点を記入します。

■ 福祉保健サービスの利用状況

サービスの種類	事業者名	所在地	電話番号	担当者名
訪問看護	□□□□□センター	小金井市□町□-□-□	3□□-□□□□	□□

■ その他・備考

--

■ 関係機関との情報共有に係る同意書

私は、避難行動要支援者支援事業の趣旨を理解し、本個別支援プランを、支援者、所属町会・自治会（自主防災会を含む。）、民生委員・児童委員、小金井市等の関係機関が共有することに同意します。	
署名 <u>小金井 太郎</u> 印	代理人署名 _____ 印

本票に記載された情報は、災害発生時に地域での安否確認、避難支援等に利用するものであり、平常時における複写、目的外の利用、第三者への提供を禁止します。

小金井市福祉保健部地域福祉課地域福祉係
電話 042-387-9915