

岩出市長 様

介護保険 居宅介護支援事業者	事業者名	担当者名	
障害福祉 相談支援事業者		電話番号	

※ 避難について支援を必要とする項目について、該当するものに○を付けてください。

情報伝達	1 目が悪い、音声で呼びかけが必要 2 耳が聞こえない、筆談や手話などにより呼びかけが必要 3 難聴のため、大きな声で呼びかけが必要 4 その他() 5 該当項目なし			
避難誘導	1 歩行に問題はありますが、避難所まで付き添いが必要 2 移動に介助が必要 [杖歩行 ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ その他()] 3 医療機器の携帯が必要 [機器名:] [電気 ・ バッテリー使用の有無 : (有 ・ 無)] [医療機器のバッテリー (最大 時間稼働 ・ 予備 あり なし)] 4 該当項目なし			
避難所での支援等	1 ペースメーカー等を使用 2 排泄に配慮が必要 [オムツ・リハビリパンツ・ポータブルトイレ・尿器・ストマケア用品] 3 定期的な投薬・注射が必要 4 食事に対して配慮が必要 [軟食・流動食・経管栄養・胃瘻・その他()] 5 人工透析が必要 6 その他() [血液透析 ・ 腹膜透析] 7 該当項目なし			
特記事項	(日常生活の状況や支援を受ける場合に配慮してほしいことなどを記入してください) ①身体状況 ②日常生活 ③避難について			
常用・携帯している薬名	(薬についてこの用紙に書ききれない場合は、別紙添付も可能です)			
血液型	A ・ B ・ O ・ AB (RH+ ・ RH-)			
かかりつけの病院	病院名		電話番号	
	担当医		診療科名	
家族構成	一人住まい ・ 同居者あり (構成:)			
居宅の状況	木造 軽量鉄骨造 鉄筋コンクリート造 ()階建 一戸建て 共同住宅	普段いる場所	1階 2階 その他()	
		寝室	1階 2階 その他()	
区・自治会の加入	加入 (名称:) ・ 未加入			
民生委員・児童委員氏名		指定避難場所		
自宅で想定されるハザードの状況	浸水想定区域 ため池浸水区域 土砂災害特別警戒区域 土砂災害警戒区域			
避難経路	ご自宅から避難所までの経路を別紙に記入してください。			