

個別避難計画 裏面

避難行動要支援者の氏名		風水害時の一次避難場所		
		風水害時の広域避難場所		
避難行動要支援者の住所		地震時の一次避難場所		
		地震時の広域避難場所		
詳細な心身状態等	主な疾患や障害	越前市の避難場所一覧▶ 原子力災害時の避難について▶ (越前市はUPZ)	<p>■文字数の制限により、上記の一次避難場所名は一部省略しています。また、随時変更の可能性があるので、下記市ホームページも確認してください。</p> <p>※上記と、下記の市ホームページの一次避難場所が異なる町内があります。どちらが正しいか、区長より市へ連絡してください。</p> <p>■班や個人で一次避難場所が異なる場合は、表面「自宅から避難場所などまでの経路」に記入してください。</p> <p>■一次避難場所に変更がある場合は、区長より市へ連絡してください。</p>	
	かかりつけの医療機関			
	携行医薬品・薬局名			※薬の名称や用量等は変更が多い為詳細記入は不要です。 ※災害時は最新の情報を確認する必要があります。本計画の記載事項のみを頼りに投薬しないでください。
	使用している介護・医療機器			
	持病・アレルギー・ 伝えたい身体状況など	その他特記事項		
	災害情報の入手方法	福祉避難所 優先対応要否	<p>①単身かつ自身の不調を伝えられず、専門知識を有する者の細かい支援を必要とする者</p> <p>②要介護3以上で家族の支援が得られない者</p> <p>③区分4以上の障がいをもっている者</p> <p>④その他止むを得ない事情により広域避難場所の福祉スペースで避難生活ができない者</p>	
	避難場所へ行くなど、 移動するときに留意すること			
	避難場所などで必要な物や 留意すること			
	その他、避難時や避難生活での 特記事項	初回計画確認・修正時の 担当福祉事業所	担当福祉事業所名： 連絡先：	
		前回計画確認・修正時の 担当福祉事業所	担当福祉事業所名： 連絡先：	
今回計画確認・修正時の 担当福祉事業所		担当福祉事業所名： _____ 連絡先 _____		
日頃から利用している 施設の名前	署名欄 ※署名者は次のいずれかの方です。 ・避難行動要支援者 ・避難行動要支援者の親族 ・避難行動要支援者の法定代理人	計画内容の確認、署名日： 令和__年__月__日 計画内容の確認、署名【 _____ 】		

※共有したくない情報がある場合は、その部分は記入不要です。

※作成又は更新した個別避難計画は、表面末尾に記載の避難支援等関係者※1間で共有されます。共有を希望しない場合は、市へお申し出ください（0778-22-3081）