別記様式（第４条関係）

年　月　日

避難行動要支援者登録申請書兼個別支援計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 次の情報を市の関係部署、消防署、消防団、地域支援機関、専門支援機関等において、共有されることに同意します。 | □　同意する　㊞　□　同意しない |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性別 | 生年月日 | 年　月　日  （　　歳） |
| 氏　　名 |  | | | □男 |
| □女 |
| 住　　所 | 〒 | | | | 自宅電話 | ―　　― |
| 携帯電話 | ―　　― |
| 代理記載 | 氏名 |  | | | 電　　話 | ―　　― |
| 緊急時の家族等の連絡先 | 氏名 |  | | 続柄 | 自宅電話 | ―　　― |
|  | 携帯電話 | ―　　― |
| 住所 | 〒 | | | 勤務先 | ―　　― |
| 勤務先電話 | ―　　― |
| 氏名 |  | | 続柄 | 自宅電話 | ―　　― |
|  | 携帯電話 | ―　　― |
| 住所 |  | | | 勤務先 | ―　　― |
| 勤務先電話 | ―　　― |
| かかりつけ | 医療機関名 | |  | | 電　　話 | ―　　― |
| 居宅介護支援事業所又は利用事業所 | |  | | 電　　話 | ―　　― |
| 意思疎通 | □できる　□だいたいできる　□できない | | | | | |
| 治療中の病気等 | □呼吸器疾患　□高血圧　□糖尿病　心臓病（ペースメーカー・その他）　□その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 医療処置 | □インシュリン注射　□人工透析　□薬剤アレルギー　□在宅酸素使用　□その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 避難した場合特に注意すべきこと | 普段から必要な薬 | |  | | | |
| 避難時及び避難場所での留意事項 | | トイレ（□和式　□洋式）  視力（□見える　□見えにくい）  聴力（□聞こえる　□聞こえにくい）  その他（　　　　　　　） | | | |
| 避難場所 | 風水害 | |  | | | |
| 地震・津波 | |  | | | |
| 避難支援者（避難誘導、安否確認等） | 第１ | 氏名 |  | | 自宅電話 | ―　　― |
| 携帯電話 | ―　　― |
| 住所 | 〒 | | 勤務先 | ―　　― |
| 勤務先電話 | ―　　― |
| 第２ | 氏名 |  | | 自宅電話 | ―　　― |
| 携帯電話 | ―　　― |
| 住所 | 〒 | | 勤務先 | ―　　― |
| 勤務先電話 | ―　　― |

（注）　この台帳に関する情報は、災害時における避難行動のを支援等に利用するものであり、それ以外の用途に使用し、又は他に漏らしたりしないこと。