

要支援者個別計画申請書（表）

No.

フリガナ 氏 名				性別		生年 月日	
住 所	大木町大字					行政区	
電 話				携 帯			
F A X				E-Mail			
世帯区分				地区番号		見守区分	
身体区分				民生委員		要介護度	
世帯構成	①		続柄		備考		
	②		続柄		備考		
拡張項目	<input type="checkbox"/> オムツ券利用 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 救急医療キット配布						
確認項目	<input type="checkbox"/> 車椅子利用 <input type="checkbox"/> 火災警報器					緊急通報	
緊急時の 連絡先	①		続柄		電話	携帯	
					F A X	E-Mail	
	(住所)						
	②		続柄		電話	携帯	
				F A X	E-Mail		
(住所)							
居宅介護 支援事業所				電話		ケアマネ	
(住所)							
質 問 項 目	1. 台風や災害の時は、どのようにされますか？						
	<input type="checkbox"/> 町の避難所に避難 <input type="checkbox"/> 家族の所に行く <input type="checkbox"/> 自宅にいる <input type="checkbox"/> その他（                      ）						
2. 日常生活で何かお困りのことはありませんか？（その他）							

## 要支援者個別計画申請書（裏）

かかりつけの医療機関等	医療機関名			担当医		電話	
	治療中疾患		使用薬、 用量服用上の注意			血液型	

避難時に必要とする支援の内容 (携行医薬品)	<input type="checkbox"/> 一人で薬が飲めないので、飲ませてください。 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (携行医薬品名)
---------------------------	--

情報伝達での留意事項	<input type="checkbox"/> 耳が遠いので、電話での伝達は無理です。 <input type="checkbox"/> 目が見えにくいので、文書での伝達は無理です。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------------	---

避難場所	風水害		身体障がい者手帳		療育手帳	
	震災時		精神障がい者手帳		避難時優先度	

避難誘導時の留意事項	<input type="checkbox"/> 認知症ですので、手を引いて誘導してください。 <input type="checkbox"/> 医療行為が必要ですので「薬・注射・医療器具 ( )」を持っていきます。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------------	---

避難先での留意事項	<input type="checkbox"/> 徘徊の恐れがありますので、夜間は注意してください。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------	--

避難経路図	家屋図

協力員・団体など	①		続柄		電話		携帯	
		(住所)		F A X		E-Mail		
	②		続柄		電話		携帯	
		(住所)		F A X		E-Mail		
	③		続柄		電話		携帯	
		(住所)		F A X		E-Mail		

私は、災害時又は災害の発生の恐れがある場合に、自力で避難することができませんので、要支援者個別計画の登録を申請します。

また、災害時等は避難支援団体（自主防災会、民生委員等）へ上記に記載した、私の情報を提供することに同意します。なお、これらの活動に際して起きた事柄については一切責任を問いません。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 \_\_\_\_\_ (印) (本人との関係)