

恵庭市避難行動要支援者個別避難計画

整理番号

必須記入欄	ふりがな 氏 名					性別			生年月日			
	住 所	〒					連絡先①					
								連絡先②				
								FAX				
								メール アドレス				
	町内会							同居人の 有無				
	緊急 連絡先	①	氏名				続柄			連絡先①		
			住所							連絡先②		
		②	氏名				続柄			連絡先①		
			住所							連絡先②		
避難支援等 を必要と する理由	要介護(区分)	身体障害(等級)		精神障害(等級)		療育(等級)		その他				
要支援者の 状況							A …自力で動けない					
							B …歩行に不安がある					
							C …情報入手に不安がある					
特記事項												

任意記入欄	かかりつけ医	医療機関					連絡先			
		医療機関					連絡先			
	治療中の病気又は障害名									
	治療内容									
	補装具、医療や 介護に必要な器具		器具名				メーカー名			

必須記入欄	サポ ー タ ー	①	氏名				役割			連絡先①		
			住所							連絡先②		
		②	氏名				役割			連絡先①		
			住所							連絡先②		

必須記入欄	避難場所					移動手段			
	情報伝達方法								
	住居内・避難路等見取り図								
任意記入欄	希望持出品	※必要な場合のみ記載							
必須記入欄	作成・更新等の経過	年月日		作成・更新事項					
	プランナー	本人	氏 名				所属団体	名 称	
			住 所					住 所	
			連絡先					連絡先	
	任意記入欄	その他							