

避難行動要支援者のための個別避難計画（マイプラン）

個人情報につき取扱い注意

同意

基礎情報	ふりがな	おの たろう		生年月日	昭和 35 年 4 月 1 日 (60 歳)		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女								
	氏名	小野 太郎														
	住所	小野市 中島町 531				自治会名	中島町									
	電話/ 携帯番号	090-XXXX-XXXX				F A X	0794- XX-XXXX									
	E-mail	tarou_ono@abc.com														
	家族構成・同居情報等	両親は京府在住 疎遠でほとんど連絡なし 長女（大阪府在住）が隔週で様子を見に来る 4年前に障害者支援施設を退所後、グループホーム生活を経て、昨年7月から一人暮らし		居住建物	建築時期	昭和 63 年	構造	木造 2 階								
			耐震診断		<input checked="" type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 未	家具固定	<input type="radio"/> 済 <input checked="" type="radio"/> 未									
			見取図	※寝室の位置、普段いる部屋等												
				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>浴室</td> <td>トイレ</td> <td>台所</td> </tr> <tr> <td>和室</td> <td></td> <td>和室</td> </tr> <tr> <td>寝室</td> <td>玄関</td> <td>洋室</td> </tr> </table>					浴室	トイレ	台所	和室		和室	寝室	玄関
浴室	トイレ	台所														
和室		和室														
寝室	玄関	洋室														
要支援情報	介護認定						認知症	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>								
	障害者手帳	身体障害者手帳 3 級（体幹）、療育手帳 A（知的、自閉症）														
	その他留意事項															
利用中の医療福祉サービス	介護保険/ 総合事業	サービス						電話								
		事業所名						電話								
	障害福祉/ 児童福祉	サービス	居宅介護					電話								
		事業所名	GENKI 介護事務所				電話	XX-XXXX								
医療機関	名称	ひょうご整形外科クリニック				電話	XX-XXXX									
家族等緊急連絡先	①	ふりがな	おの はなこ		続柄等	長女	住所	大阪府池田市〇〇〇								
		氏名	小野 はなこ					E-mail	XXX@bbb.or.jp							
	②	ふりがな	こうべ たかし		続柄等	相談支援 専門員	住所	神戸市中央区〇〇〇								
		氏名	神戸 隆					E-mail	XXX@ddd.or.jp							
緊急時の情報伝達	できるだけゆっくりと分かりやすい言葉を使用する。 漢字の多い書類は理解が困難であるため、図やひらがな、ルビを活用する。															
特記事項	歩行は可能だが、体幹障害があるため迅速な異動は困難である。 パニックの際は自傷行為の可能性がある。															

避難誘導時の留意事項	介助者による強制的な移動はパニックをもたらす恐れがある。自力歩行が可能であるため、差し迫った危機ではない限り、避難の必要性を分かりやすく説明し、誘導することが望ましい。また、人見知りであるため、できるだけ面識のある近隣住民が支援を行う方が良い。
避難時携行医薬品等	オキシトシン、リスパダール
避難先での留意事項	他人との接触が苦手であり、混雑した環境ではパニックになる可能性が高い。できるだけ個室環境を用意することが望ましい。なお、●●商店の店主 A 氏に信頼を置いており、本人の不安感が大きい場合は A 氏と話をすると落ち着きを取り戻す可能性がある。
避難場所 避難経路	<p>避難場所：〇〇小学校</p>
備考	〇〇小学校の前は道路が狭く、避難者で混雑することが予想されるので、混乱しないようにゆっくりと誘導する。

避難支援者（近隣支援者または自主防災組織）				
	近隣支援者の氏名（続柄等） ^{ふりがな} 又は 自主防災組織の名称（役職・班等）	電話 （携帯番号）	FAX	住所
①	ひょうご じろう 兵庫 二郎（近所）	×××-××××- ××××	××-××××	小野市 ●●町××一×
②	ひょうご さぶろう 兵庫 三郎（近所）	×××-××××- ××××	××-××××	小野市 ●●町××一×
③	●●町自主防災組織（〇班 班長）			小野市 ●●町公民館

●●年 ●●月 ●●日

上記の内容について、誤り等がないことを確認しました。

氏名(自筆) 小野 太郎
 代理署名(自筆) _____ (本人との関係)
 (作成協力事業所名 ●●●●●●
 氏名 ●● ●●)

市 受 付 日