

(新規・更新・削除)

保健福祉支援カード 兼個別避難計画書

■作成日：令和 年 月 日		■民生委員氏名		電話番号		
住 所 (区 町 組)			ふりがな			
			氏 名			
電話番号（携帯番号） ・ 自宅 ・ 携帯			生 年 月 日		性 別	
			T・S・H・R 年 月 日生		男・女	
区 分	世 帯 状 況	☐ ひとり暮らし ☐ 高齢者のみ世帯 ☐ 同居の家族あり（ 人）※本人含む ☐ 障害者のみ ☐ 高齢者と障害者のみ ☐ その他（ ）				
	身 体 状 況	☐ 自立（独力外出可） ☐ 一部介助（ ） ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他（ ）				
世 帯 状 況	家族氏名	(主介護者に○)	続柄 (当該高齢者 等からみて)	生年月日	職 業	備 考 (勤務先・電話等)
	世帯主					

緊急時連絡先（必ず記入をお願いします。）

氏 名	続柄	住 所	連絡先	勤務先
1			自宅 携帯電話	勤務先 電話番号
2			自宅 携帯電話	勤務先 電話番号

<高齢者の場合にご記入ください>

介護保険認定 ☐ 無 ☐ 有【 ☐ 要支援 ☐ 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 】 ☐ 不明		
介護認定がある場合 居宅介護支援事業所 電話番号		担当者 (ケアマネジャー)

<障害がある場合にご記入ください>

身体障害者手帳【等級： 種 級】障害の部位等：上肢・下肢・体幹・内部・視覚・聴覚・音声・言語		
聴覚障害がある場合	F A X 番 号：	メー ル：
療育手帳（知的障害）【A 1・A 2・B 1・B 2】 精神福祉手帳【1級・2級・3級】		

<高齢者・障害者共通項目>

現在治療中の病気やけが

☐ 高血圧	☐ 心疾患	☐ 糖尿病	☐ 呼吸器疾患	☐ その他（	）
------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---

現在の服用薬

☐ 血圧を下げる薬	☐ 血液を固まりにくくする薬	☐ 不整脈を抑える薬
☐ 血糖をさげる薬（口内服	☐ インスリン注射）	☐ その他（

以前かかったことのある主な病気

☐ 脳出血	☐ 脳梗塞	☐ くも膜下出血	☐ 心筋梗塞	☐ 狭心症
☐ その他（	）			

主なかかりつけ医の情報

利用している福祉サービス

医療機関名		事業所名	

避難行動に関する情報【自宅のリスク ☐土砂災害警戒区域内 ☐浸水想定区域内】

自分（家族）で 避難情報を得ることが	☐ できる【 ☐ 本 人 ☐ 家 族 】	☐ できない
支援者が	☐ いる（下記情報記入） ☐ いない	

支援者情報 ☐ 緊急連絡先と同様【記入する際は支援者に確認をとってから記入してください】

氏 名	続柄	住 所	連絡先	備 考（役割等）
1			自宅 携帯電話	
2			自宅 携帯電話	
避難行動	◆いつ（例：高齢者等避難情報が出たら）		避難行動に必要な支援や情報等 （例：声掛けしてほしい、週に2回透析をしているなど）	
避難先は	◆だれと（例：家族、〇〇さんと） ◆どこへ（例：娘の家へ、公民館へ）			

特記事項（避難先での留意事項・必要なもの等）

--

緊急時医療情報キット・カード

◆救急医療情報キット	☐ 中身のみ希望（容器は持っている）	☐ 新しい容器を希望する	☐ 不要
◆携帯用緊急連絡先カード	☐ 希望する	☐ 不要	

情報の提供に承諾をいただいた方の名簿は、市の関係部署で情報共有するとともに、各関係機関へ情報提供することで、日頃からの見守り、避難支援体制の整備を進め、支援の輪を広げていきます。	カード記載情報提供の承諾	
	私は、市が作成する避難行動要支援者名簿及び医療・介護情報共有ネットワークいーな電子@連絡帳に登録し、平時から「緊急時・災害時等に備えた事前対応及び早期対応」、「日頃からの見守り活動」を受ける目的として、本カードに記載されている情報を避難支援者等（消防署・警察・社会福祉協議会・消防団・福祉支援者・地区及び自主防災会・民生児童委員）に提供することを承諾します。	
	令和 年 月 日	署 名

☐ 同意しません