

(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 5年 9月 15日		■民生委員氏名 伊那 太郎		電話番号 00-4111	
住所 伊那市上新田3050番地 (上新田区 町 13組)		ふりがな たかとお さくらこ 氏名 高遠 桜子			
電話番号(携帯番号) ・自宅 0265-75-0123 ・携帯		生年月日 T・S・H・R 19年 1月 1日生		性別 男 女	
区分	世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 同居の家族あり(人)※本人含む <input type="checkbox"/> 障害者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者と障害者のみ <input type="checkbox"/> その他()			
	身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自立(独力外出可) <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 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 高遠 桜子	本人	S19.1.1		

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	高遠 一郎	長男	伊那市高遠町 1234番地	自宅 98-1111 携帯電話 090-1111-2222	勤務先 伊那市役所 電話番号 0265-78-4111
2	長谷 里子	長女	長野市若里 10000番地	自宅 026-234-5678 携帯電話 080-9999-8888	勤務先 長野商事 電話番号 026-235-9999

<高齢者の場合にご記入ください>

介護保険認定 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5】 <input type="checkbox"/> 不明	
介護認定がある場合 居宅介護支援事業所 伊那市社会福祉協議会 電話番号 0265-73-2523	担当者 長野 雪子 (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：1種 2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 FAX番号：	メール：
療育手帳(知的障害)【A1・A2・B1・B2】	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

<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> その他 ()
---	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

現在の服用薬

<input checked="" type="checkbox"/> 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> 血液を固まりにくくする薬	<input type="checkbox"/> 不整脈を抑える薬
<input type="checkbox"/> 血糖をさげる薬(口内服)	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> その他()

以前かかったことのある主な病気

<input type="checkbox"/> 脳出血	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 狭心症
<input type="checkbox"/> 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	伊那長谷病院	事業所名	笑顔介護サービス
	高遠整形外科		

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	<input checked="" type="checkbox"/> できる【 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族】 <input type="checkbox"/> できない
支援者が	<input checked="" type="checkbox"/> いる(下記情報記入) <input type="checkbox"/> 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 高遠 一郎	長男	伊那市高遠町 1234 番地	自宅 98-1111 携帯電話 090-1111-2222	大雨が予想される時には事前に迎えに行き一緒に過ごす
2 宮田 岳人	近隣	伊那市上新田 4111 番地	自宅 76-0000 携帯電話 090-5555-5555	平時の見守り 声掛け 避難する際の連絡先
避難行動	◆いつ(例:高齢者等避難情報が出たら) 大雨の予報が出たら		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) 長男と ◆どこへ(例:娘の家へ、公民館へ) 長男の家へ避難する		・普段は一人暮らしなので、地震など緊急時には安否確認をしてほしい ・避難をする時は、近隣の宮田さんに行先を伝える	

特記事項(避難先での留意事項・必要なもの等)

耳が遠いため、大きな声で話してくれないと聞こえない

緊急時医療情報キット・カード

◆救急医療情報キット	<input checked="" type="checkbox"/> 中身のみ希望(容器は持っている)	<input type="checkbox"/> 新しい容器を希望する	<input type="checkbox"/> 不要
◆携帯用緊急連絡先カード	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 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。	<p style="text-align: center;">カード記載情報提供の承諾</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 7 年 2 月 1 日 署名 高 遠 花 子</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 同意しません</div>
---	--