

# 個別避難計画書

フリガナ		記入日	令和 年 月 日
氏名	生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和	年 月 日
住所	つくば市	自治会 ※未加入の場合は空欄	
電話番号	(自宅)	(携帯電話)	

当てはまる項目に☑をつけ、空欄に必要事項を記入してください

## 1. 現在、長期入院・施設入所をしていますか

<input type="checkbox"/> している	⇒	これで記載は終了です。本用紙を返送してください (関係機関に個人情報は提供しません。退所・退院した際には御連絡ください)
<input type="checkbox"/> していない	⇒	引き続き、2番目以降の内容も御記載の上、本用紙を返送してください

## 2. 世帯の状況はいかがですか

<input type="checkbox"/> 1人暮らしである	⇒	<input type="checkbox"/> 御自身を含め、世帯員全員が70歳以上である
<input type="checkbox"/> 同居人がいる	⇒	<input type="checkbox"/> 御自身を含め、70歳未満の世帯員がいる

## 3. 緊急連絡先はどちらですか(※相手の方に了承いただいたうえで記入)

順位	氏名(フリガナ)	関係性	住所(同居の場合記載不要)	電話番号・メールアドレス
1	( )			
	☐同居している ☐避難時に支援が可能である(備考: )			
2	( )			
	☐同居している ☐避難時に支援が可能である(備考: )			

## 4. 上記以外で避難の支援をしてくれる人はいますか (※相手の方に了承いただいたうえで記入)

順位	氏名(フリガナ)	関係性	住所(同居の場合記載不要)	電話番号・メールアドレス
1	( )			
	(備考: )			
2	( )			
	(備考: )			

## 5. 災害発生時にはどこに、どのように避難しますか

(指定避難所は通常は開設していません。災害が予想される場合に事前に開設する指定避難所を決定し、市のホームページや緊急速報メール等でお知らせします。)

	避難先	避難方法
洪水・土砂災害	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 自力で移動する
	<input type="checkbox"/> 避難所(名称: )	<input type="checkbox"/> 家族の協力で移動する
	<input type="checkbox"/> 親戚宅など(具体的に: )	<input type="checkbox"/> 支援者の協力で移動する
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )
地震	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 自力で移動する
	<input type="checkbox"/> 避難所(名称: )	<input type="checkbox"/> 家族の協力で移動する
	<input type="checkbox"/> 親戚宅など(具体的に: )	<input type="checkbox"/> 支援者の協力で移動する
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )

## 6. 御自身の状況はいかがですか

避難時に支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 要介護3～5の認定を受けている( <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している( <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 )	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している( <input type="checkbox"/> ㊤ <input type="checkbox"/> A )	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を所持し、単身世帯である	
避難時に配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 物が見えない・見えにくい	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい
	<input type="checkbox"/> 危険なことが判断できない	<input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族と分からない
	<input type="checkbox"/> 常備薬・医療機器の携行が必要	<input type="checkbox"/> 車いすの介助が必要
	<input type="checkbox"/> 医療機器の電源・バッテリーが必要(チェックした方には、後日別途調査票をお送りします。)	
利用している介護・福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問系 <input type="checkbox"/> 通所系	
	( 週 回 利用 ⇒ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ) ➡ 事業所名 : 事業所連絡先 :	
健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病がある(病名: )	
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
避難時に必要な薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	

裏面に続きます



## 7. 最近1年間の交流状況はどうか

近所の人	<input type="checkbox"/> よく会う	<input type="checkbox"/> たまに会う	<input type="checkbox"/> ほとんど会わない
友人	<input type="checkbox"/> よく会う	<input type="checkbox"/> たまに会う	<input type="checkbox"/> ほとんど会わない
別居親族	<input type="checkbox"/> よく会う	<input type="checkbox"/> たまに会う	<input type="checkbox"/> ほとんど会わない

特記事項(健康上で気になることや、書ききれなかったことを記載)

### 関係機関への個人情報・個別避難計画の提供に係る同意書

個人情報(氏名・生年月日・性別・住所・連絡先・支援を必要とする理由・緊急時の連絡先等)や、個別避難計画書に記載した情報を、関係機関(※)に提供することにより、あなたは災害が発生した時に、関係機関による避難支援を受けられる可能性が高まります。

しかしながら、同意をしたことによって、災害時における関係機関による避難支援が行われることを保証するものではありません。また、情報提供を受けた関係機関は、避難支援者の立場として、法的な責任や義務を負うものではありません。

※関係機関とは...消防機関(消防団含む)、警察機関、民生委員・児童委員、つくば市社会福祉協議会、自主防災組織(該当地区のみ)、つくば市関係課室

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他生命又は身体の保護を受けるために、

(1) 個人情報を平常時から関係機関に提供することに

- 同意します【関係機関に個人情報が提供されます】
- 趣旨を十分に理解した上で、同意しません【関係機関に個人情報が提供されません】

(2) 個別避難計画の情報を平常時から関係機関に提供することに

- 同意します【関係機関に個別避難計画の情報が提供されます】
- 趣旨を十分に理解した上で、同意しません  
【関係機関に個別避難計画の情報が提供されず、つくば市社会福祉課のみで情報を保有します】

令和 年( 年) 月 日

署名

(代筆:

続柄:

)

記入はここまでです。

この用紙の両面を記入した上で、  
返信用封筒に封入し、返送してください。

★ご自身での作成が難しい場合には、訪問による作成支援も行っています。  
つくば市福祉政策課(029-883-1111)までお問合せください!

この面は裏面です。表面から記入してください。

最後に同意書の  
記入もお願いいたします

署名もお忘れなく!