|  |
| --- |
| **災害時マイプラン** |
|  |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　　日 |
| 住所・連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： 　　 |
| 障害種別等 | □身体障害　□知的障害　□精神障害　□難病　□発達障害　□傷病（びょうきやけが）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先※家族・親戚・近隣者・サービス事業者等 | 氏名（団体名） | 連絡先（電話番号・メールアドレス） |
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ |  |
| ⑥ |  |
| 避難支援者 | 氏名（団体名） | 連絡先（電話番号・メールアドレス） |
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |

★避難場所

|  |  |
| --- | --- |
| 最寄りの避難所 |  |
| 避難方法※移動手段や避難時介助に必要な人数等できるだけ詳しく記入 |  |

★医療情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医 | ①TEL：  | 持病・既往症 |  |
| ②　TEL：  |
| 医薬品 |  | 服薬方法 |  |
| 医療・福祉器具 |  | 特殊な治療 |  |

★備蓄品及び災害時持出品

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品物名 | 備蓄 | 持出 | 品物名 | 備蓄 | 持出 |
| ① |  |  | ⑨ |  |  |
| ② |  |  | ⑩ |  |  |
| ③ |  |  | ⑪ |  |  |
| ④ |  |  | ⑫ |  |  |
| ⑤ |  |  | ⑬ |  |  |
| ⑥ |  |  | ⑭ |  |  |
| ⑦ |  |  | ⑮ |  |  |
| ⑧ |  |  | ⑯ |  |  |

★私の必要な支援　※生活の支援や介護の方法、情報伝達の方法、移動、移送の方法等