

加東市避難行動要支援者情報提供に関する調査票

災害時の円滑な支援に役立てるために、以下の調査にご協力いただきますようお願いいたします。

加東市長 宛 宛名番号： 記入年月日 年 月 日

ふりがな		性別		生年月日		年	月	日生
氏名 (署名)				年		月	日生	
住所	加東市					地区・自治会名		
連絡先	携帯		家族構成	☐ ひとり暮らし				
	自宅			☐ 同居家族の人数(本人含む) _____人				
代理者氏名	続柄 ()							
※対象者が自筆できない場合、又は未成年者の場合は、この欄をご記入ください。								

1 あなたの個人情報（上記太枠内）と、**2・3**の情報を「加東市避難行動要支援者名簿」に掲載し、避難支援等関係者（加東市、該当の区長・自治会長、自主防災組織、民生委員・児童委員、加東市社会福祉協議会、北はりま消防組合、加東警察署）に提供することに同意しますか。
※該当する□に「✓」を入れてください。

☐ 同意します。 ➡ **2・3・4・5**の項目をご記入ください。

※変更の申出がない限り、次回の一斉調査による更新まで、毎年、名簿に情報を掲載します。

☐ 同意しません。※不同意の理由を選択してください。（該当する番号に「○」を入れてください。）

- 1 自力で避難できる。

2 同居の人・近所の人支援してくれる。

3 近所や避難支援等関係者に情報を知られたくない。

4 その他 ()
- ➡ 調査は以上です。

☐ 病院や施設に長期間入院・入所しているため、名簿対象者となりません。

➡ 調査は以上です。

2 支援が必要な理由を選択してください。※該当する番号に「○」を入れてください。（複数回答可）

1 歩くのが困難	7 医療的ケアが必要 ※該当する□に「✓」を入れてください。 ☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 透析 ☐ ストマ ☐ 経管栄養 ☐ インスリン注射 ☐ その他 ()
2 寝た状態が多い	
3 コミュニケーションが取れない (意思疎通が困難)	
4 目が見えにくい	8 その他 ※支援を必要とする理由を記入してください。 ()
5 音（耳）が聞こえにくい	
6 自分で危険かどうか判断しづらい	

3 希望する支援方法を選択してください。※該当する番号に「○」を入れてください。（複数回答可）

- 1 声かけ（大きな声）

2 手をつないでの誘導

3 筆談

4 車いす

5 担架（ストレッチャー）
- 6 その他
※ 左記のほか、避難誘導時に気を付けてほしいことがあれば記入してください。
()

4 個別避難計画（災害が起きたときに、高齢者や障害者の方など、自ら避難することが困難な方について、「誰が支援するか」、「どこに避難するか」、「避難するときはどのような配慮が必要か」などを具体的に記載した計画のこと）の作成に同意しますか。
※該当する□に「✓」を入れてください。

☐ 作成に同意します。…順次、市から計画作成についてご連絡します。

☐ 作成に同意しません。

5 必要に応じてご記入ください。※この項目は、任意項目です。（名簿には掲載しません。）

<緊急連絡先>

氏名	続柄	住所	電話番号 (緊急時に連絡のつきやすい番号をご記入ください。)

<かかりつけ医>

()

調査項目は以上です。この調査票は加東市福祉総務課（庁舎1階）へご提出ください。

※後日、この調査票のコピーをお返しし、安心救急情報キットと一緒にご自宅で保管していただきます。