

記入例

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 8年9月10日

ふりがな	かとう たろう	性別		生年月日	昭和 ×年×月×日生
氏名 (署名)	加東 太郎	男			
住所	加東市社〇〇番地	地区・ 自治会名	社Ⅰ区		
連絡先	携帯090-××××-××××	家族構成	☒ ひとり暮らし ☐ 同居家族の人数(本人含む) _____人		
自宅	0795-42-××××				
代理者氏名	加東 一郎	続柄 (長男)			

※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 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 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	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 () 8 その他 ※支援を必要とする理由を記入してください。
---	---

該当する項目に○や✓を付けてください。

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。
--	--

該当する項目に○を付けてください。

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。)
加東 花子	妻	加東市社〇〇番地	0795-42-××××
加東 一郎	長男	加東市上滝野△△番地	080-××××-××××

<かかりつけ医>

加東市民病院

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。