

医療的ケア児・者のための個別避難計画

作成日：令和 年 月 日
 更新日：令和 年 月 日
 作成者： _____

職員記入欄

土砂災害	電源喪失	浸水2m	重症心身	介護・障害		
------	------	------	------	-------	--	--

基礎情報	カナ				住所				本人写真(任意)	
	氏名				居住建物		<input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 戸建 (階建)		呼称 () さん 身長 cm 血液型 体重 kg	
	生年月日				寝室の位置		普段いる場所			
	性別									
	電話									
	E-mail									
	F A X				転倒の危険のある家具					
緊急連絡先	同居家族	氏名		続柄	電話	E-mail	年齢等配慮事項			
		①								
		②								
	別居家族	氏名		続柄	電話	E-mail	年齢等配慮事項			
避難行動要支援者の状態	住所									
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		級	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6				
		<input type="checkbox"/> 療育手帳			要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		級	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 医療的ケア				
	主な疾患・障害等		かかりつけの医療機関等(福祉サービス事業者含む)				介護・医療機器			
			医療機関名等							
			主治医・担当							
			電話番号							
			医療機関名等							
			主治医・担当							
			電話番号							
			医療機関名等							
			主治医・担当							
			電話番号							
			医療機関名等							
		主治医・担当								
		電話番号								
		医療機器業者(連絡先)		()						
		電力会社事前登録		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請中						
携行医薬品										
運動機能の状況		意思伝達の方法		日常的に必要な医療的ケア						
<input type="checkbox"/> 寝たきり		<input type="checkbox"/> 言語理解は難しい		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> マスク式呼吸器		<input type="checkbox"/> 気管切開		
<input type="checkbox"/> 座位保持はできる		<input type="checkbox"/> 身振りでYES - NOはわかる		<input type="checkbox"/> 酸素吸入		<input type="checkbox"/> 鼻口腔吸引		<input type="checkbox"/> 気管内吸引		
<input type="checkbox"/> 室内をいざりなどで移動		<input type="checkbox"/> 簡単な言語理解がある		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)				
<input type="checkbox"/> 歩行が限定的に可能		<input type="checkbox"/> 筆談ができる		<input type="checkbox"/> 透析		<input type="checkbox"/> 導尿		<input type="checkbox"/> 膀胱瘻		
<input type="checkbox"/> 戸外でも介助なく歩ける		<input type="checkbox"/> 言語での会話ができる		<input type="checkbox"/> 人工肛門						
食形態・アレルギー等		その他配慮事項								
避難支援に関する事項	(1)災害情報入手に係るの留意事項		<input type="checkbox"/> 家族または支援者が必ず同伴し情報を入手可能 (<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 外部から伝達が必要 (<input type="checkbox"/> 直接声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 声掛け以外の方法が必要)							
	(2)避難行動時の留意事項		<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 目や耳が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 介護、医療器具の運搬等介助が必要 <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない							
	(3)避難先での留意事項		<input type="checkbox"/> 常時介助が必要 (内容：) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (内容：) <input type="checkbox"/> 要備蓄物品 (内容：)							

災害リスク	土砂災害	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり	(<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域)			
	浸水想定	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり	(<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 内水 <input type="checkbox"/> 高潮 <input type="checkbox"/> 津波)			
	停電想定	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり	充電	①	②	③

災害時の支援	避難先候補		連絡先	避難方法	災害リスク	
	①		電話番号		<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時	
		住所				(担当者)
	②		電話番号		<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時	
		住所				(担当者)
	③		電話番号		<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時	
		住所				(担当者)
	④	在宅避難	要配慮事項		<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時	
			<input type="checkbox"/> 情報提供			
			<input type="checkbox"/> 必要物品 <input type="checkbox"/> 電源確保			

避難経路

相談支援専門員	事業所名: 担当者名: 電話番号:	課 課 (市町関係課等)	電話番号: 電話番号:
町内自治会等		<input type="checkbox"/> 未加入	電話番号:
民生委員		<input type="checkbox"/> 面識無し	電話番号:

避難支援者	①	氏名(団体名等)	連絡先		住所
			電話		
			E-mail		
		実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 (その他の内容)		
	②	氏名(団体名等)	連絡先		住所
			電話		
			E-mail		
		実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 (その他の内容)		
	③	氏名(団体名等)	連絡先		住所
			電話		
			E-mail		
		実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 (その他の内容)		

(注1) 避難支援者は、自らが可能な範囲において避難行動要支援者の支援を行うものであり、支援について法的な義務や責任は負いません。

(注2) 避難支援者の記載は、個人のほか、団体名のみでの記載でも構いません。例:「〇〇防災会」

医療的ケア児・者のための個別避難計画

作成日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
更新日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
作成者: ○○事業所 担当: ○○

職員記入欄

土砂災害	<input checked="" type="checkbox"/> 電源喪失	浸水2m	重傷	###
------	--	------	----	-----

例

基礎情報	カナ	ミエ タロウ		住所	●●市○○町△△△-□□□		(任意)	
	氏名	三重 太郎		居住建物	<input type="checkbox"/> 共同住宅	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 (1 階建)		
	生年月日	昭和25年1月1日		居室の位置	2階南側の居室		普段いる場所	1階リビング
	性別	男						呼称 (たろう) さん
	電話	059-###-####						身長 △△△ cm
	E-mail	****@***.***.jp						血液型
	FAX	059-###-####		転倒の危険のある家具	寝室のベッド頭側のラック		体重 ○○.○ kg	<input type="checkbox"/>
緊急連絡先	同居家族	氏名	続柄	電話	E-mail	年齢等配慮事項		
	①	三重 一郎	兄	090-###-####	****@***.***.jp	平日在宅、障害を有する		
	②							
	別居家族	氏名	続柄	電話	E-mail	年齢等配慮事項		
		三重 次郎	義弟	080-###-####	****@***.***.jp	なし		
	住所	○○町△△△-□□□						
避難行動要支援者の状態	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	級	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
		<input type="checkbox"/> 療育手帳		要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 医療的ケア			
	主な疾患・障害等	かかりつけの医療機関等(福祉サービス事業者含む)			介護・医療機器			
	○○病	医療機関名等	▲▲病院		機器名:○○ バッテリー持続○○時間 (代替品○○)			
		主治医・担当	■■■医師					
		電話番号	059-###-####					
	脳梗塞により右側に軽い麻痺がある	医療機関名等	○○福祉サービス					
		主治医・担当	□□□□					
		電話番号	059-###-####					
	医療機関名等							
	主治医・担当							
	電話番号							
	医療機関名等							
	主治医・担当							
	電話番号							
	医療機関名等			医療機器業者(連絡先)	○○○○株式会社			
	主治医・担当			(059-###-####)				
	電話番号			電力会社事前登録	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請中			
携行医薬品	・セフェクロル(黄色痰や鼻汁がみられるようになったら内服開始)(○○薬局) ・ベテル(全身塗布1日1回)(○○薬局)							
運動機能の状況		意思伝達の方法		日常的に必要な医療的ケア				
<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり		<input checked="" type="checkbox"/> 言語理解は難しい		<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> マスク式呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開				
<input type="checkbox"/> 座位保持はできる		<input type="checkbox"/> 身振りでYES-NOはわかる		<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻口腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管内吸引				
<input type="checkbox"/> 室内をいざりなどで移動		<input type="checkbox"/> 簡単な言語理解がある		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)				
<input type="checkbox"/> 歩行が限定的に可能		<input type="checkbox"/> 筆談ができる		<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻				
<input type="checkbox"/> 戸外でも介助なく歩ける		<input type="checkbox"/> 言語での会話ができる		<input type="checkbox"/> 人工肛門				
食形態・アレルギー等				その他配慮事項				
避難支援に関する事項	(1)災害情報入手に係るの留意事項	<input type="checkbox"/> 家族または支援者が必ず同伴し情報を入手可能 (<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 外部から伝達が必要 (<input checked="" type="checkbox"/> 直接声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 声掛け以外の方法が必要)						
	(2)避難行動時の留意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 目や耳が不自由なので介助が必要 <input type="checkbox"/> 介護、医療器具の運搬等介助が必要 <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない						
	(3)避難先での留意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 常時介助が必要 (内容: 食事、トイレ、着替え、入浴) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (内容:) <input type="checkbox"/> 要備蓄物品 (内容:)						

災害リスク	土砂災害	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり	(<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域)	
	浸水想定	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり	(<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 内水 <input type="checkbox"/> 高潮 <input type="checkbox"/> 津波)	
	停電想定	<input type="checkbox"/> 該当なし <input checked="" type="checkbox"/> 該当あり	充電 ① ○○小学校 ② ③ ④	

災害時の支援	避難先候補		連絡先	避難方法	災害リスク
	①	○○病院	電話番号 059-###-####	○○病院に連絡し、受入可能であれば搬送	<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input checked="" type="checkbox"/> 停電時
		住所	○○町△△△-□□□		
	②		電話番号		<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時
		住所		(担当者)	
	③		電話番号		<input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時
		住所		(担当者)	
	④	在宅避難	要配慮事項		<input checked="" type="checkbox"/> 土砂災害 <input checked="" type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 停電時
			<input checked="" type="checkbox"/> 情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 必要物品 <input checked="" type="checkbox"/> 電源確保		
	2階へ移動する				

避難経路

相談支援専門員	事業所名: ●●●●●●●●●● 担当者名: ■■ ■■ 電話番号: 059-###-####	課	電話番号: 電話番号:
町内自治会等	○○町内自治会 <input type="checkbox"/> 未加入	電話番号: 059-###-####(代表者)	
民生委員	■ 面識無し	電話番号:	

避難支援者	氏名(団体名等)	連絡先	住所	
	① 山田 一郎	電話 059-###-####/090-####-####	●●市○○町△△△-□□□	
		E-mail ****@***.***.jp		
	実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他		
	氏名(団体名等)	連絡先	住所	
	② ○○町内自治会	電話 059-###-####(代表者)		
		E-mail ****@***.***.jp		
	実施可能な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他		
	氏名(団体名等)	連絡先	住所	
	③	電話		
E-mail				
実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他			

(注1) 避難支援者は、自らが可能な範囲において避難行動要支援者の支援を行うものであり、支援について法的な義務や責任は負いません。

(注2) 避難支援者の記載は、個人のほか、団体名のみでの記載でも構いません。例:「○○防災会」