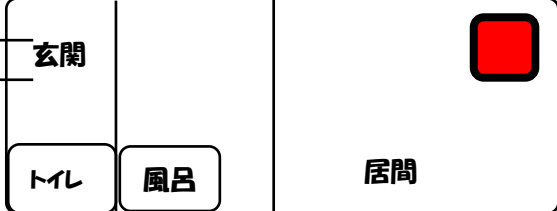


<記入例（医療的ケア）>

個別避難計画

作成日： ○○年○月○日

避難所等（避難するところ）	内容確認時期（セルフチェック）	作成者	五郎丸 花子
○□△センター	毎年 6 月頃	作成者所属	◆◆◆相談支援室

避難行動要支援者	ふりがな	いぬやま たろう		
	氏名	犬山 太郎	生年月日	H8.1.1 28歳
	住所	犬山市大字前原字橋爪山15番地2		
	連絡先	固定電話	-	FAX - 携帯電話 0〇〇-〇9〇〇-□□▼▲
避難支援者	避難支援等を必要とする事由 (避難するときに配慮してほしいこと) <small>※該当するものにチェック(複数可)してください。</small>	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態であるため <input type="checkbox"/> 歩行が困難であるため 移動手段： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 避難の必要性を理解できないため <input type="checkbox"/> 認知症 <症状の程度など具体的な状況> <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器を利用しているため 人工呼吸器 使用 <input type="checkbox"/> その他 <具体的な理由>		
	<避難先までの経路> 75 分 医療機器を利用しているため、専門的な施設への避難を希望します。 普段から利用しているショートステイの事業所にあらかじめ避難をする予定です。 ショートステイ先：○◇△センター（●●市）			
避難支援者	氏名	○◇△センター	要支援者との関係	サービス事業所
	住所	▲▲市◇□		
	連絡先	0568-44-▲▲◆▲		
	氏名	五郎丸 花子	要支援者との関係	相談支援専門員
	住所	犬山市〇〇		
連絡先	0568-63-3800			
<普段過ごす場所（自宅の様子）>  平屋建ての自宅で生活しています。				

