

個別避難計画

作成日：

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	
		作成者所属	

避難行動要支援者	ふりがな						
	氏名		生年月日		歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所						
	連絡先	固定電話		FAX		携帯電話	
	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 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <small><症状の程度など具体的な状況></small> <input type="checkbox"/> 医療機器を利用しているため <input type="checkbox"/> その他 <small><具体的な理由></small>					
			<避難先までの経路> 分				
避難支援者	氏名		要支援者との関係				
	住所	<普段過ごす場所（自宅の様子）>					
	連絡先						
	氏名		要支援者との関係				
	住所						
	連絡先						

個別避難計画

作成日： _____

さんのタイムライン

警戒レベル ・ とるべき行動	1 (早期注意情報)	2 (大雨・洪水・高潮注意報)	3 (高齢者等避難)	4 (避難指示)	5 (緊急安全確保)
	災害への心構えを高める	自らのタイムライン(避難行動)を確認	危険な場所から避難	命の危険 直ちに安全確保	
時間の目安	3日前	2日前	1日前 半日前	7時間前 3時間前	0時間前
自分(対象者)の行動	<input type="checkbox"/> 気象情報の確認 <input type="checkbox"/> 避難するところ・避難経路の確認 <input type="checkbox"/> 持ち出し品の確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 避難支援者()への連絡 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先()への連絡 <input type="checkbox"/> 持ち出し品の準備 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 個別避難支援計画に基づく避難の開始 <div style="border: 2px solid black; background-color: red; color: white; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">避難開始</div> <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先へ避難先を伝える	
	避難支援者の行動	<input type="checkbox"/> 気象情報の確認 <input type="checkbox"/> 対象者の状況確認 <input type="checkbox"/> 避難するところ・避難経路の確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 避難するところの確認(指定避難所の場合、開設しているか) <input type="checkbox"/> 対象者への避難準備の呼びかけ <input type="checkbox"/> 避難支援等関係者との連絡調整 <input type="checkbox"/> 町内会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 対象者への呼びかけ <input type="checkbox"/> その他	
持ち出し品 ※3日分を基本とする	<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 非常食 <input type="checkbox"/> 飲料水 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> バッテリー <input type="checkbox"/> その他 ()				
緊急連絡先	① 氏名： _____ 続柄： _____		連絡先： _____		
	② 氏名： _____ 続柄： _____		連絡先： _____		