

古賀市避難行動要支援者登録調査票

私は、災害時に支援を受けるため、私に関する次の情報を
 平常時から地域の支援団体に提供することに

在宅の方	同意します	同意しません
在宅以外の方	介護施設に入所中	病院に長期間入院中

新たな申し入れがない限り、この申し入れは変わらないもの
 とします。

ふりがな		生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
氏名	男 女					
住所		電話番号				
行政区	隣組	隣組加入	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入			
該当項目	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯の者 <input type="checkbox"/> その他					
備考						

年 月 日

※災害などで避難しなければならない場合、自分ひとりでは家族等の手助けをかりて
 安全に避難できますか？ 避難できない 避難できる

上記のことについて確認しました。

(必ず自署してください)

氏名

〔代理者氏名〕	(本人との続柄)
_____ (立会者)	
※本人が署名できない場合は代理者氏名欄に記載してください。 ※同居人・親族以外が代理者氏名を記載する場合は第三者の立会が必要となり、代理人、立会者が それぞれ代理者氏名欄、立会者欄に記載してください。	

〔支援を予定している団体〕(※ただし、古賀市と個人情報の取扱いについて協定を交わした団体に限る。)

- ①町内会・自治会など一定地域の住民によって組織される自治組織
- ②社会福祉協議会 ③消防本部 ④民生委員・児童委員協議会 ⑤消防団

行政区隣組

調査区分 同意、不同意、未確認

要支援者台帳

個別計画

調査①

記入年月日

フリガナ 氏名					性別		血液型	
住所								
生年月日		年齢		電話番号	自宅		携帯	
対象区分	<input type="checkbox"/> 70歳以上ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 75歳以上高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者 () <input type="checkbox"/> 精神障害者 () <input type="checkbox"/> 知的障害者 () <input type="checkbox"/> 要介護3以上 ()							

調査②

緊急連絡先	①	氏名			続柄		
		住所					
	②	連絡先	(自宅)		(携帯)		
		氏名			続柄		
かかりつけの病院	①	病院名			医師名		
		住所			電話番号		
健康状態	病歴	②	病院名			医師名	
		住所			電話番号		
健康状態	病歴	持っている(複数可)	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ある (内容:) <input type="checkbox"/> なし				
		情報伝達方法					
避難先での配慮							
暮らしの状況等							
備考							

調査②

支援者	①	氏名		連絡先	
	②	氏名		連絡先	
	③	氏名		連絡先	

要支援者台帳登録及び個別計画作成 同意調査書

(要支援者台帳)

私は、災害時に支援を受けるため、私に関する調査①及び、調査②の支援者の情報を支援団体及び支援者に提供することに

同意します 同意しません

(個別計画)

私は、災害時に支援を受けるため、私に関する調査①及び、調査②の情報を支援団体及び支援者に提供することに

同意します 同意しません

～「同意します」に✓をつけた場合はこのようになります～

(要支援者台帳)の「同意します」に✓をつけた方は…

●「要支援者台帳」に登録されます。

「要支援者台帳」とは、避難行動要支援者の氏名、性別、住所、年齢などを登録し、災害時の避難誘導、安否確認、また平常時の災害に備えた見守り活動や防災訓練などに役立てられます。

この台帳は、支援団体（地域の自主防災組織、自治会、民生委員、消防署、消防団、社会福祉協議会）に提供します。

(個別計画)の「同意します」に✓をつけた方は…

●個別計画の作成および避難支援団体・避難支援者に届けた、個人情報を提供します

災害時にスムーズな避難ができるよう、要支援者ひとりひとりの心身の状況や生活の状況を盛り込んだ「個別計画」を作成します。この計画書は、要支援者本人をはじめ、直接避難支援をする地域の自主防災組織や支援者へ提供します。

※「要支援者台帳」「個別計画」は、災害時または災害発生の恐れがある場合の支援行動と災害時の支援を円滑に行うための平常時の見守り活動や防災訓練においてのみ使用します。これ以外の用途では使用することはありません。

上記のことについて確認しました。(必ず自署してください)

氏名 _____

※本人が署名できない場合は記載の必要はありません。下記に代理人の氏名等を記載してください

[代理人氏名]

(本人との続柄)

同意を得るための様式例

資料 1 - 5 (様式例)

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	男 女
住所			
避難支援等を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 要介護状態区分： <input type="checkbox"/> 手帳所持 障害名：() 等級： <input type="checkbox"/> その他 【特記事項】		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	

※同意いただいた場合、 の欄に障害名等を記載し、避難支援等関係者に提供します

避難行動要支援者は、避難支援者への情報提供に同意することにより、避難支援者（地域等）から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援者自身や家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護をうけるために、上記内容（氏名、生年月日、性別、住所、障害種別等の内容、連絡先等）及び障害名や病名等を、〇〇市防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに、

同意します

趣旨を十分理解した上で、同意しません

△△年□月◇◇日 氏名 _____

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

※避難行動要支援者情報を作成するため、避難支援等関係者が訪問調査を行いますので、その際は御協力ください。

古賀市避難行動要支援者避難支援個別計画書

作成日 平成 年 月 日

氏名			男女	要支援者 番号	
住所					
行政区		組合		電話番号 (自宅)	
生年月日			年齢	電話番号 (携帯電話)	

— 緊急連絡先 —

氏名
続柄
電話
携帯
住所

— 緊急連絡先 —

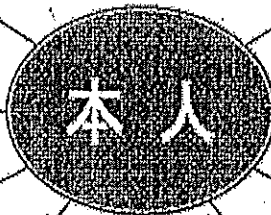
氏名
続柄
電話
携帯
住所

— 民生委員 —

氏名
電話

— 自主防災組織長 —

氏名
電話



— 支援者 —

氏名
電話

— 支援者 —

氏名
電話

— 支援者 —

氏名
電話

— 福祉会長 —

氏名
電話

避難所		避難所	
電話番号		電話番号	

特記事項	
------	--

かかりつけの 医師	病院名		
	医師名		電話番号
かかりつけの 医師	病院名		
	医師名		電話番号
病歴			
持病の くすり			
情報伝達の 注意点			
避難先での 配慮			
暮らしの状況			

家屋図	避難経路図

私は、古賀市災害時要援護者避難支援計画の趣旨に賛同し、登録することを希望します。
また、私が届け出た個人情報を市及び避難支援団体、避難支援者に提供することを同意します。

災害時要援護者氏名（代理人氏名）

個別計画の様式例

資料 1 - 7 (様式例)

フリガナ 氏名				性別		血液型	
住所							
生年月日		年齢		電話番号	自宅		
					携帯		

避難時に配慮 しなくてはな らない事項	(あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 物が見えない (見えにくい) <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない	
	[]			

同居家族等	
-------	--

緊急時の連絡先 ①	フリガナ		
	氏名 (団体名)		
	住所		
	連絡先	電話番号 1 : メールアドレス: その他 :	電話番号 2 :
緊急時の連絡先 ②	フリガナ		
	氏名 (団体名)		
	住所		
	連絡先	電話番号 1 : メールアドレス: その他 :	電話番号 2 :
【特記事項】	(普段いる部屋、 寝室の位置) (不在の時の目印、 避難済みの目印) など		

避難支援者情報 ①	フリガナ	
	氏名 (団体名及び代表者)	
	住所	
	連絡先	電話番号1: 電話番号2: メールアドレス: その他:
避難支援者情報 ②	フリガナ	
	氏名 (団体名及び代表者)	
	住所	
	連絡先	電話番号1: 電話番号2: メールアドレス: その他:

避難場所等情報※位置・経路・移動するまでの注意すべき事項など

平成△△年□月◇◇日

上記避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、
〇〇市に報告することを了承します。

氏名 _____