

和泉市避難行動要支援者 個別支援計画登録書

様

基本情報 (市記入)
住所
氏名
生年月日
性別
電話番号
携帯電話番号
FAX番号
メールアドレス

※太枠で囲われている部分をすべて記入してください。

作成・更新日 (西暦) 20 年 月 日

生活状況
□ ()人世帯 (本人を含む) □ 同居家族の支援が受けられない (具体的に)
※2人以上世帯の方のみ回答ください
自宅1人きりになる時間が □ない □ある (月、火、水、木、金、土、日) (時 分 ~ 時 分)
□ 決まった外出 (月、火、水、木、金、土、日) (時 分 ~ 時 分) (行き先:)
□ 決まった外出 (月、火、水、木、金、土、日) (時 分 ~ 時 分) (行き先:)
(その他)

家族等連絡先
郵便番号 住所
氏名 連絡順位 同居別居 電話番号 携帯電話番号
□同居 □別居

関係機関
機関名 種別 電話番号
□ かかりつけ医 □ ケアマネジャー
□ 特定相談支援事業所
□ その他 ()
□ かかりつけ医 □ ケアマネジャー
□ 特定相談支援員
□ その他 ()
□ かかりつけ医 □ ケアマネジャー
□ 特定相談支援員
□ その他 ()

日頃りの関わり
□ 日頃から家庭訪問や声かけをしてほしい □ 緊急時以外は来ないでほしい
□ 家庭訪問の前に連絡がほしい (連絡先:)
□ その他 ()
移動等
□ 補助具 (杖や歩行器等) を使用し移動 □ 車いすで移動 □ 寝たきり (車いす不可)
□ 体に動かない (動きにくい) 部位がある 【具体的に: 】
身体状況
□ 物が見えない (見えにくい) □ 音が聞こえない (聞こえにくい)
□ 指示理解が難しい □ 状況判断が難しい □ 避難所等、集団の中で生活することが困難
□ 在宅酸素 □ 人工呼吸器 □ 人工透析 □ インシュリン □ 胃ろう
□ 避難先でも医療・介護用品が必要 (避難時の持ち物欄に記載する)
□ その他 【 】
避難時の持ち物
避難支援の希望
□ 立つことや歩くことが不自由なので介助が必要
□ 車いすの介助が必要 □ 担架、ストレッチャー等での介助が必要
□ 介護・医療器具等、運搬の介助が必要 □ 安否確認のみで支援は不要
□ コミュニケーションに配慮が必要
□ 左側から話す □ 右側から話す □ ゆっくり、単語で話す □ 筆談 □ 口話 (口の動きで表現する)
□ その他 (チェックした項目の具体的な説明等について記載する)
避難経路について配慮してほしいことが □ない □ある (下記に記載する)
避難先の希望
地震 □ 指定避難所 () □ 自宅 □ その他 ()
台風 □ 指定避難所 () □ 自宅 □ その他 ()
避難先での希望
□ 常時介助が必要 □ 一部介助が必要
□ その他 (必要な介助の内容等)

整理番号 (市記入)