

個別避難計画（救急あんしんシート兼用）

記入例

基礎情報	氏名	ふりがな かみごおり いちろう 上郡 一郎	生年月日	昭和 15 年 1 月 1 日		
			血液型	A 型	年齢	82 歳
	住所	上郡町上郡100番地	電話	52-1000		
			携帯	090-1000-1000		
	E-mail	kamigori_ichiro@abc.com	F A X	52-1000		
家族構成 同居家族等	80歳の妻と二人暮らし 妻は要支援1 長女（赤穂市在住）が 隔週で様子を見に来る	居住建物	建築時期	昭和60年	構造	木造2階建
			耐震診断	未実施	家具固定	実施
			見取り図	※寝室の位置、普段いる部屋等		
		見取り図		寝室		
				居間	玄関	
ハザード情報	※ハザードマップで確認してください。					
	洪水	浸水区域内	浸水深 0.5 ~ 3 m	土砂災害	警戒区域外	
家族等 緊急連絡先	①	氏名	ふりがな かみごおり たろう 上郡 太郎	住所	上郡町山野里XXXX番地	
		E-mail	XXXX@bbb.com	続柄等	長男	電話
	②	氏名	ふりがな だいち はなこ 大持 花子	住所	赤穂市XX番地	
		E-mail	XXXX@ccc.com	続柄等	長女	電話
	③	氏名		住所		
		E-mail		続柄等		電話
				携帯		
要 支 援 情 報	介護認定	要介護度	要介護3		認知症	有
	ケアマネジャー・相談支援専門員の事業所名		●●居宅介護事業所			
	担当者名	●● ●●	電話	52-2222		
	障害者手帳	なし				
その他留意事項	月～金の9:00～16:00はデイサービスを利用している					
健康保険 証情報	種類	※番号を記入するか、健康保険証のコピーを裏面に貼り付けてください。 国保・(後期高齢)健康保険組合・その他()				
	保険者番号	39284815	被保険者番号	12345678		
現在治療 中の病気	病名	かかりつけ病院	診療・医師名	電話		
	脳梗塞後遺症	●●医院	○○ ○○	52-3333		
現在飲んで いる薬	(薬名を記入するか、薬局もらった薬剤情報提供書や薬袋を貼り付けてください。) ワーファリン、メマリー					
特記事項（既往歴、アレルギー、支援者・救急隊員に伝えたいことなど）						
*大きな病気をしたことは		有	「有」の人は下の枠内へ詳しく（病名・いつ頃）記入してください。			
*アレルギーは		無	「有」の人は下の枠内へアレルギーの種類を詳しく記入してください。			
平成25年 脳梗塞						

利用中の 医療福祉 サービス	①	事業所名	デイサービス▲▲	電話	52-5555
	②	事業所名	ヘルプーステーション■	電話	52-6666
	③	事業所名	訪問介護ステーション●●	電話	52-7777
	④	事業所名		電話	
	⑤	事業所名		電話	
緊急時の 情報伝達	耳が聞こえにくいのでゆっくりと大きな声で話す。				
避難誘導時 の留意事項	支えがあれば立つことは可能だが、移動には車いすを使用している。 脳梗塞の後遺症で左上下肢に麻痺があるため、車いすの移動に介助が必要。				
避難時 の携行品	おむつ				
避難先での 留意事項	トイレへの移動に時間がかかり間に合わないことがあるため、おむつを使用 している。場所が変わると夜眠れない。				
避難経路	避難場所名		上郡町役場第2庁舎		
	(地図等を添付)				
備考欄					
避難 支援者	①	ふりがな 氏名	さとう さぶろう 佐藤 三郎	住所	上郡町上郡110番地
		E-mail		続柄等	近所
	②	ふりがな 氏名	たなか ごろう 田中 五郎	住所	上郡町上郡120番地
		E-mail		続柄等	近所
	③	ふりがな 氏名		住所	
		E-mail		続柄等	
				電話	
				携帯	

年 月 日

上記の内容について、誤りがないことを確認しました。
救急時・災害時に個別計画の情報を、消防や警察、搬送先医療機関が救急医療情報に
活用することに同意します。

氏名 上郡 一郎

代理署名 上郡 一子

(本人との関係) 妻