

## 和光市避難行動要支援者避難支援計画（個別計画）

自治会	〇〇会		小学校区名	広沢小学校		生
フリガナ	ワウ タウ		男	生年月日	大正15年1月1日 生	
氏名	和光 太郎			年齢	(90歳)	
住所	〒 351-0195		自宅電話(FAX)	048-464-1111		
	和光市広沢1番5号		携帯電話	090-1234-5678		
代理記載及び申請の場合	氏名	和光 花子		登録者との関係	妻	
緊急時の家族等の連絡先	氏名	和光 明	続柄	長男	生年月日	昭和30年2月2日
	住所	〒 111-0000 東京都〇〇区〇〇町1丁目1番1号		自宅電話	03-1234-5678	
	氏名		続柄		携帯電話	090-5678-1234
	住所	〒		生年月日		
				自宅電話		
				携帯電話		
家族構成、同居状況等	妻と2人		居住建物の構造	木造2階建て		
			普段いる部屋	1階のリビング		
			寝室の位置	2階の南側寝室		
			緊急通報システム	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
特記事項						
かかりつけ医	医療機関名	〇〇病院(東京都板橋)		TEL	03-9000-0000	
	医療機関名	△△病院(埼玉県和光)		TEL	048-999-9999	

対象者区分	高齢者						
要支援者の状況	高齢者のみの世帯(住基)						
避難支援者(避難誘導、安否確認等)	第1	氏名	広沢 五郎	続柄	友人	生年月日	昭和24年5月5日
		住所	〒 351-0106 和光市広沢1番〇号		自宅電話	048-123-1111	
	第2	氏名	本町 和子	続柄	家族	生年月日	昭和33年7月7日
		住所	〒 351-0114 和光市本町〇番〇号		自宅電話	048-234-1111	
				携帯電話	080-3456-7890		
治療中の病気又は障害名	緑内障、白内障、高血圧						
治療(障害)内容	エソプロト懸濁性点眼液1%、カリユニ点眼液0.005%、ワファリン錠1mg、ルバスクOD錠5mg、キニン硫酸塩錠100mg						
補装具、医療や介護に必要な器具	器具名	酸素吸入器					
	メーカー名	〇〇社製(PM〇〇〇)					
	取扱店連絡先	03-4567-8901					
避難した場合、特に注意すべき事	酸素吸入器の使用、食物アレルギー(卵)						
情報伝達方法	[支援者③]氏名:和光市〇〇センター 担当〇〇 住所:和光市中央〇番〇号 電話:048-111-2222 携帯:080-3456-7890						
避難場所①	広沢小		民生委員	沢町民生委員			
避難場所②			自宅電話	消防団			



備 考