

マイ・タイムライン（個別避難計画）

作成日： 年 月 日

| ふりがな 本人(氏名): | | 家族 | 近所 | 組織 (会社・施設・ケアマネ等) |
|--|---|---|---|---|
| 住所: | | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | 名称: |
| 携帯:(- -) | | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | 担当者: |
| いつもいる場所(昼 夜) 避難リュックの置き場所() | | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | |
| <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 小学生以下 <input type="checkbox"/> その他() | | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | |
| 自宅の危険性 <input type="checkbox"/> 浸水 <input type="checkbox"/> 土砂 <input type="checkbox"/> 地震 | | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | ふりがな 氏名: 関係: 携帯: (- -) | |
| 5 3 日前 | <input type="checkbox"/> テレビなどで大雨の情報を知る <input type="checkbox"/> 薬を余分にもらっておく <input type="checkbox"/> 持ち物の確認 <input type="checkbox"/> 買い出し <input type="checkbox"/> 避難先の確認・連絡 | <input type="checkbox"/> 大雨情報を伝える <input type="checkbox"/> 薬を確認する <input type="checkbox"/> 持ち物の確認 <input type="checkbox"/> 買い出し <input type="checkbox"/> 避難先の確認・連絡 | <input type="checkbox"/> 大雨情報を伝える <input type="checkbox"/> 薬の準備の声掛け <input type="checkbox"/> 持ち物準備の声掛け <input type="checkbox"/> 買い出し <input type="checkbox"/> 避難先の確認・連絡 | <input type="checkbox"/> 避難可能場所の把握・共有 (L3以前 _____) (L3以降 _____) |
| | 2日前 | <input type="checkbox"/> いつ避難するか相談 相談する人(_____) | <input type="checkbox"/> 避難準備の声掛け(再確認) | <input type="checkbox"/> 避難準備の声掛け(再確認) |
| | 1日前 | <input type="checkbox"/> 家族・近所と避難準備状況を確認 <input type="checkbox"/> 避難先を決める 候補 { . . . | <input type="checkbox"/> 準備状況の確認 <input type="checkbox"/> 要支援者の避難先を決める <input type="checkbox"/> 自らの避難準備 | <input type="checkbox"/> 準備状況の確認 <input type="checkbox"/> 要支援者の避難先を決める <input type="checkbox"/> 自らの避難準備 |
| 避難スイッチ（ L3 もしくは _____ ） | | | | |
| 4時間前 | <input type="checkbox"/> 避難の希望を介助者に伝える <input type="checkbox"/> 貴重品の準備 <input type="checkbox"/> 荷物を持って玄関で援助を待つ (居室から玄関まで _____ 分) <input type="checkbox"/> 避難終了 | <input type="checkbox"/> 避難の声掛け <input type="checkbox"/> 貴重品の準備 <input type="checkbox"/> 車の準備 <input type="checkbox"/> 避難開始 <input type="checkbox"/> 避難完了を共有(災害用伝言ダイヤル171等) | <input type="checkbox"/> 避難の声掛け <input type="checkbox"/> 車の準備(担当: _____) <input type="checkbox"/> 避難開始 <input type="checkbox"/> 避難完了を共有(災害用伝言ダイヤル171等) | |
| 2時間前 | L4 避難勧告・避難指示 | | | |
| L5 氾濫発生 | | | | |

※ □にチェックがつかない場合は、誰が実施するのか決めておくこと

作成日： 年 月 日

【持ち物チェックリスト】

<日頃から準備しておくもの>

- 非常食
- ペットボトルの水
- 歯ブラシセット・洗口液・入れ歯洗浄剤
- ティッシュ・ウエットティッシュ
- 季節にあった衣類・防寒具
- 着替え（下着）
- 靴下
- タオル
- 簡易トイレ・おむつ
- マスク
- 使い捨てカイロ
- 現金（最低限）
- 薬（常用薬・常備薬）・医療品（消毒液・絆創膏）
-
-

<直前に準備するもの>

- 通帳
- 免許証
- 健康保険証
- 各種診察券
- 印鑑
- 財布（現金）
- 薬（処方薬）・お薬手帳
- 眼鏡・コンタクトレンズ（ケース・洗浄液含む）
- 携帯電話・スマートフォン
- 充電器・モバイルバッテリー
- 簡易トイレ・おむつ
- 入れ歯（ケース含む）
- 補聴器
-

【持病など】

主病名：

主治医：

（連絡先_____）

会社・学校・介護事業所等：

（連絡先_____）

家族・親戚：

（連絡先_____）

【本人の状態】

移動： 歩ける（杖：有・無 歩行器：有・無）
歩けない（車椅子：有・無）

会話： 会話ができる 会話ができない

食事： 自分でできる 自分でできない
（普通食・やわらかい・ドロドロ）

視力： 見える 見えにくい 見えない
（めがね：有・無）

聴力： 聞こえる 聞こえにくい 聞こえない
（補聴器：有・無）

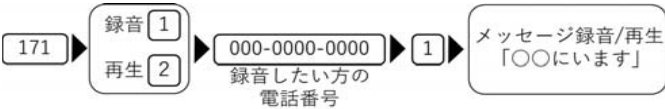
【服用している薬】

お薬手帳のコピーを貼ってください

【家の間取り図（逃げ遅れ時等の救出用）】

■災害用伝言ダイヤル（安否確認）

災害時に安否確認・居場所確認などの緊急の伝言ができます。
事前にどの電話番号で連絡を取り合うか合意しておきましょう。



■個人情報保護及び共有について

本資料で入手した個人情報は災害対応以外の目的には使用しません。
また、対応に当たっては下記の関係機関で情報を共有する可能性があります。
情報共有してもらいたくない機関があれば、該当欄に「×」を記入ください。

| 民生委員 | 市役所 | 警察署 | 消防署 | まちづくり | 避難所運営者 | 社会福祉協議会 |
|------|-----|-----|-----|-------|--------|---------|
| | | | | | | |

キリトリ

【避難届けカード】

避難所受付登録時に提出してください。

このカードを提出した方は、避難所受付登録が不要です。

※不特定多数に見られても問題ない内容のみを記載ください

名前・年齢

・代表者 (オ)

・家族 (オ) (オ)

(オ) (オ)

住所

所属する町内会名など

配慮が必要なこと

アレルギー

ペットの有無 犬・猫・その他 ()

その他

緊急避難後の行き先
福祉避難所を希望 ・ 自宅を希望 ・ その他

外部からの安否確認における氏名公表の可否