

令和 年 月 日

■記入者情報

記入者氏名	連絡先
随行者	方式 <input type="checkbox"/> 個別訪問方式 <input type="checkbox"/> 面談会方式

■本人の基礎情報

基礎情報	氏名	性別		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳
	住所			
	電話番号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ファクス番号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	携帯番号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
避難支援を必要とする理由	例：要介護、障害、難病、小慢、療育の種別 例：要介護状態区分、障害等級、療育判定等			

■住まいの状況と災害リスク

住まい	1 住まいは、何階建てですか。 <input type="checkbox"/> 3階建て <input type="checkbox"/> 2階建て <input type="checkbox"/> 平屋建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート（ 階）
	2 住まいは、どのような構造ですか。 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 分からない ※築年数（ ）
災害リスク	1 住まいの土砂災害のリスクは、どれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 警戒区域 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 該当なし [種別] <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 地すべり <input type="checkbox"/> 急傾斜地の崩壊（がけ崩れ）
	2 住まいの洪水による浸水リスクは、どれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 3.0m以上 <input type="checkbox"/> 2.0～3.0m未満 <input type="checkbox"/> 0.5～2.0m未満 <input type="checkbox"/> 0.5m未満 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 該当なし
	3 住まいの内水による浸水リスクは、どれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 3.0m以上 <input type="checkbox"/> 2.0～3.0m未満 <input type="checkbox"/> 0.5～2.0m未満 <input type="checkbox"/> 0.5m未満 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 該当なし
	4 住まいの南海トラフ巨大地震による想定最大震度は、どれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 震度6強 <input type="checkbox"/> 震度6弱 <input type="checkbox"/> 震度5強 <input type="checkbox"/> 震度5弱 <input type="checkbox"/> 震度4 <input type="checkbox"/> 分からない

■本人の生活状況

本人の状況	1 生活リズム <input type="checkbox"/> 日中①（月・火・水・木・金・土・日） 在宅/自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 日中②（月・火・水・木・金・土・日） 在宅/自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 夜間 在宅/自宅外（ ）
	2 在宅時に過ごしている部屋（※必要に応じて見取り図を記載） <input type="checkbox"/> 日中①（ 階 ） <input type="checkbox"/> 日中②（ 階 ） <input type="checkbox"/> 夜間（ 階 ）
	3 移動 <input type="checkbox"/> 歩ける 杖（有・無） 歩行器（有・無） 自力での2階移動（可・不可） <input type="checkbox"/> 歩けない 車椅子（有・無） [留意点：]
	4 意思伝達（自分で助けを呼ぶことができるか） <input type="checkbox"/> できる 電話（可・不可） LINE（可・不可） <input type="checkbox"/> できない [留意点：]
	5 コミュニケーション（意思疎通を図ることができるか） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない [留意点：]
	6 危険察知（災害の危険性に気づき、避難行動をとることができるか） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない [留意点：]
	7 視力 <input type="checkbox"/> 見える メガネ（有・無） <input type="checkbox"/> 見えにくい メガネ（有・無） <input type="checkbox"/> 見えない [留意点：]

■本人の生活状況

本人の状況	8 聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる 補聴器（有・無） <input type="checkbox"/> 聞こえにくい 補聴器（有・無） <input type="checkbox"/> 聞こえない [留意点：]				
	9 食事 <input type="checkbox"/> 介助なしに食事できる <input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）				
	10 排泄 <input type="checkbox"/> 介助なしに食事できる <input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）				
	11 医療機器 <input type="checkbox"/> あり（名称： ） <input type="checkbox"/> なし ※使用状況：頻度（常々・時々）、補助電源（有・無）、最大稼働時間（ 分） 発電機（有・無）				
	12 上記以外で配慮すべきこと <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>				
医療・福祉サービス	1 福祉サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>事業所名</td><td></td></tr><tr><td>内容</td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> 無	事業所名		内容	
	事業所名				
	内容				
2 福祉専門職 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>事業所名</td><td></td></tr><tr><td>担当者名</td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> 無	事業所名		担当者名		
事業所名					
担当者名					
3 医療機関 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>機関名</td><td></td></tr><tr><td>内容</td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> 無	機関名		内容		
機関名					
内容					

■避難支援者

家族	1 同居者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名^①</td> <td style="width: 50%;">②</td> </tr> <tr> <td>関係性</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名^③</td> <td>④</td> </tr> <tr> <td>関係性</td> <td></td> </tr> </table>	氏名 ^①	②	関係性		氏名 ^③	④	関係性	
	氏名 ^①	②							
	関係性								
	氏名 ^③	④							
関係性									
2 生活リズム <input type="checkbox"/> 日中 ^① （月・火・水・木・金・土・日） 在宅／自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 日中 ^② （月・火・水・木・金・土・日） 在宅／自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 夜間 在宅／自宅外（ ）									
1 近隣住民 <input type="checkbox"/> 近所付き合いがある <input type="checkbox"/> ほとんどない <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名^①</td> <td style="width: 50%;">②</td> </tr> <tr> <td>関係性</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名^③</td> <td>④</td> </tr> <tr> <td>関係性</td> <td></td> </tr> </table>	氏名 ^①	②	関係性		氏名 ^③	④	関係性		
氏名 ^①	②								
関係性									
氏名 ^③	④								
関係性									
1 具体的な避難方法 1 どこへ避難しますか。 <input type="checkbox"/> 自宅内（ 階 ） <input type="checkbox"/> 自宅外 2 避難のタイミングはいつですか。 <input type="checkbox"/> 警戒レベル3「高齢者等避難」が発令されたタイミング <input type="checkbox"/> その他（ ）									

■具体的な避難方法

避 難 方 法	3 避難準備（身支度の開始など）を始めるタイミング はいつですか。
	4 自分自身でどの範囲まで避難準備をすることができますか。
	※聞き取りで「できること」「できないこと」を洗い出し、本人を含めて関係者で共有
	※避難支援を円滑に行うため、要支援者ご自身もできる範囲で避難準備をお願いします。
5 避難の際、避難支援者による支援を必要としていますか。	
自宅内に留まる場合	
<input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 支援は不要	
支援者①	②
支援内容	
自宅外に避難する場合	
<input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 支援は不要	
避難先	
手 段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支援者①	
支援者②	
支援内容	
避難先	
手 段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支援者①	
支援者②	
支援内容	

■メモ欄