

個別避難計画作成に向けた聞き取りチェックシート（案）

令和 年 月 日

■記入者情報

記入者所属氏名		連絡先	- -
随行者所属氏名		方法	<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	フリガナ		フリガナ	
	氏名		世帯主	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 性別 男・女
	住所	里庄町	組合名	
	携帯電話	- -	自宅電話	0865- -
	E : m a i l		FAX 番号	0865- -
	避難支援を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 70歳以上のみ（世帯・独居） <input type="checkbox"/> 要介護認定（5・4・3）を受けている。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級）の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 認知症自立度（V・IV・Ⅲa・Ⅲb・Ⅱa・Ⅱb） <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B）の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級・2級）の交を受けている。 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証（精神通院）の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 福祉サービス受給者証の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 上記以外で避難支援を希望 <input type="checkbox"/> その他各項目に準ずる状態（ ）		
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"/> 鉄筋コンクリート <input type="checkbox"/> 分からない ※築年数（ ）年			
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"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 分からない [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"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 分からない			
	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"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 分からない			

※分からない場合は関係者が確認し記入。

■ 本人の生活状況

本人の 状況	<p>9 食事</p> <p><input type="checkbox"/> 介助なしに食事できる</p> <p><input type="checkbox"/> 介助が必要 ( <input type="checkbox"/> 嚥下食   <input type="checkbox"/> きざみ食   <input type="checkbox"/> ミキサー食   <input type="checkbox"/> とろみ剤   <input type="checkbox"/> 胃ろう )</p> <p>[ 留意点 ]</p>																			
	<p>10 排泄</p> <p><input type="checkbox"/> 介助なしに排泄できる</p> <p><input type="checkbox"/> 介助が必要 ( <input type="checkbox"/> オムツ   <input type="checkbox"/> ストーマ   <input type="checkbox"/> 尿器 )</p> <p>[ 留意点 ]</p>																			
	<p>11 問題行動</p> <p><input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> 立ち上がり      <input type="checkbox"/> 徘徊      <input type="checkbox"/> 大声      <input type="checkbox"/> 暴言</p> <p>[ 留意点 : ]</p>																			
	<p>12 医療機器</p> <p><input type="checkbox"/> 有 ( 名称 : _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p>※ 使用状況 : 頻度 ( 常々・時々 )、補助電源 ( 有・無 )</p> <p>最大稼働時間 ( _____ 分 )、発電機 ( 有・無 )</p>																			
	<p>13 服用薬</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">病院・薬局名</th> <th style="width: 30%;">薬剤の名前形状</th> <th style="width: 10%;">量</th> <th style="width: 15%;">1日の回数</th> <th style="width: 30%;">効果効能</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	病院・薬局名	薬剤の名前形状	量	1日の回数	効果効能														
病院・薬局名	薬剤の名前形状	量	1日の回数	効果効能																
<p>14 上記以外で配慮すべきこと</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																				
医療福祉 サービス	<p>1 担当福祉専門職 ( ケアマネージャー・相談支援専門員 )</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業所名</td> <td style="width: 45%;"> </td> <td style="width: 40%;"> </td> </tr> <tr> <td>担当者名</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	事業所名			担当者名															
	事業所名																			
	担当者名																			
<p>2 福祉サービス利用の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業所名</td> <td style="width: 45%;"> </td> <td style="width: 40%;"> </td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	事業所名			内 容																
事業所名																				
内 容																				
<p>3 かかりつけ医療機関</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%;">機 関 名</td> <td style="width: 45%;"> </td> <td style="width: 40%;"> </td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	機 関 名			内 容																
機 関 名																				
内 容																				

