

災害時個別支援計画			
ふりがな		生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
氏名	様	性別	男性・女性
住所			
電話番号		メールアドレス	
計画作成日	年 月 日	作成者	
作成者所属		電話	
【災害時個別支援に係る情報提供について】			
私は、災害時の支援を目的として、ここに記載された情報及び更新した情報について、			
関係機関へ提供することに同意します。			
年 月 日	氏名	(続柄)	
居住地付近のハザード			
河川	高潮	土砂災害	津波 地震 その他()
家族・親戚等 連絡先リスト(緊急時の連絡先)			
続柄	氏名	住所又は勤務地	緊急連絡先
関係者連絡先リスト(緊急時の連絡先)			
区分	担当者	所属	電話番号
かかりつけ医			
訪問看護			
訪問介護			
相談支援・居宅介護支援			
医療機器メーカー			
お住いの地域の区役所			
	区役所	電話番号	

身体・日常生活リスト			
病名			
項目	状態		
呼吸障害	なし・あり	方法：気管切開による侵襲的陽圧呼吸療法(TPPV)・ 鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法(NPPV)・在宅酸素療法	
		気管カニューレ：サイズ mm 製品名：	
吸引	なし・あり	吸引チューブ：サイズ	
		吸引回数： 回/日 (うち夜間 回/日)	
栄養	経口・経管等	方法：経鼻・胃ろう・IVH・その他()	
		種類：経管栄養摂取量： ml/日 水分摂取量： ml/日	
排泄	自立・ その他	排尿	方法：膀胱カテーテル留置・自己導尿・他() 通常量： ml/日
		排便	方法：浣腸・他() 回数： 回/日
移動	自立・要介助	方法：ストレッチャー・車椅子 注意事項：	
コミュニケーション	会話・その他	方法：筆談・文字盤・意思伝達装置・その他() 具体的事項：	
薬剤アレルギー	なし・あり	ありの場合の薬剤名：	
人工呼吸療法などの詳細(設定)			
気管切開による侵襲的陽圧呼吸療法(TPPV)		鼻マスク等による非侵襲的陽圧呼吸療法(NPPV)	
記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
種類・機種		種類・機種	
換気モード		換気モード	
1回換気量		IPAP	
換気回数		EPAP	
吸気時間		吸気時間(Ti)	
感度		BPM	
気道内圧 下限アラーム		ライズタイム	
気道内圧 上限アラーム		装着時間	24時間・夜間 その他： 時間 24時間・夜間 その他： 時間
PEEP圧		バッテリー持続時間 (内部+外部)	
ピーク圧 (参考値)			
装着時間	24時間・夜間 その他： 時間	24時間・夜間 その他： 時間	在宅酸素療養
バッテリー持続時間 (内部+外部)		酸素流量	ml/分 時間 ml/分 時間

【 避難計画 】				
災害発生時の避難等の流れ				
医療機関への避難(入院先)				
医療機関名		担当者		電話番号
一時避難				
避難先①		担当者		電話番号
避難先②		担当者		電話番号
避難するタイミング				
避難開始 連絡 (避難支援者 への連絡)	順番	連絡者氏名・所属	連絡方法	連絡先
	①			
	②			
	③			
移動手段		介護者		
自由記載				

参考		個別避難計画		【様式10】
		作成年月日	年 月 日	
氏名				(性別:)
生年月日	年 月 日 (歳)			
住所	区			
住所地の 地形的特性	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域 <input type="checkbox"/> 高潮浸水想定区域 <input type="checkbox"/> 津波浸水想定区域 <input type="checkbox"/> その他			
電話番号	(一般電話)			
	(携帯電話)			
世帯状況	人世帯 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 同居)			
身体の状況等				
緊急連絡先	(氏名)		(電話)	
	(氏名)		(電話)	
避難支援者 (避難行動要支 援者との関係)	・		(電話)	
	・		(電話)	
	・		(電話)	
	・		(電話)	
	・		(電話)	
避難予定場所	避難予定場所名		<input checked="" type="checkbox"/> 適応する災害の種類	
	・		<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮	
	・		<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮	
備考	<input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂災害 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮			
	(例: 通所している福祉施設、担当ケアマネジャー・相談支援専門員の氏名や連絡先など)			
※個人情報の取扱いについては、十分ご注意ください。 ※緊急連絡先及び避難支援者の情報は、本計画が要支援者や避難支援者、自治会等に共有されることについて同意を得たうえで記載してください。				