

個別避難計画 & 安心カード

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦		
氏名			年	月	日
住所又は居所			性別	男・女	
電話番号		メールアドレス			

血液型	A・B・O・AB Rh（＋－）血液型不明				
かかりつけ医療機関①	医療機関名				
	電話番号				
かかりつけ医療機関②	医療機関名				
	電話番号				
現在の病気					
過去の病気					
の飲んでいる薬					
アレルギー	なし・あり（）				

緊急時の連絡先（家族、親族、友人など）			
氏名	本人との関係	住所	電話番号
①			
②			
③			

その他伝えたいこと	
-----------	--

計画作成者		令和 年 月 日記入	
避難支援等が必要な理由			
避難時に持っていく物 (携行医薬品、介護・医療機器等)			
	地震の場合	風水害（土砂災害）の場合	
避難場所①			避難所開設状況はこちら↓
所要時間	徒歩・車・その他（）で 分	徒歩・車・その他（）で 分	
避難場所②			
所要時間	徒歩・車・その他（）で 分	徒歩・車・その他（）で 分	
避難経路			
避難支援等実施者（※）			
氏名（団体名）	住所	連絡先	できること
			☐ 避難情報の伝達 ☐ 安否確認 ☐ 一緒に避難する
			☐ 避難情報の伝達 ☐ 安否確認 ☐ 一緒に避難する

※災害時は支援者自身も被災する可能性があり、この計画に記載することにより避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、避難支援等実施者等の関係者が法的な責任や義務を負うものではありません。記入の際は必ず、その方の了承を得てから記入するようお願いいたします。

私は、平常時から個別避難計画の情報を避難支援等関係者に提供することに同意します。

【本人署名】
(氏名)

【代理署名】 (本人が自筆できない場合や同意についての判断が困難な場合)
(氏名) (本人との続柄) (連絡先)