

井原市災害時等避難行動要支援者個別プラン

作成年月日 年 月 日

フリガナ 氏 名			性 別	男 ・ 女
住 所	〒 ー 井原市 町 番地			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		血液型	A・B・O・AB
地域支援 組織名		電話番号		
		FAX		
		メールアドレス		

特記事項 ※災害時の避難支援を円滑にするため知らせておきたいこと	例：目が不自由、車いすを使用している、危険通報指示を察知できないなど			
かかりつけ 医療機関名			家族構成	人世帯
介護サービス 利用機関名			緊急通報 装置の設置	有・無
緊急時の 連絡先 (親族等)	続 柄	氏 名	住 所	電話番号
避難 支援者	続 柄	氏 名	住 所	電話番号

担 当 民生委員		電話番号		最寄りの 避難場所	
-------------	--	------	--	--------------	--

(裏面)

日常生活の状況について

(該当する項目に○印)

調査項目	状 態				
	I	II	III	IV	V
歩 行	①普通に歩ける	②一人で歩けるが、遠方までは難しい	③補助者・用具があれば歩ける	④歩けない	
歩行時の補助用具	①なし		②杖・手押し車	③車いす	④その他
立 位	①普通にできる	②何とか自分で立ち上がる	③物につかまるあるいは介助があれば立ち上がる	④不能	
視 力	①よく見える	②細かい字は読めない	③ほとんど見えない	④全盲	
聴 力	①よく聞こえる	②大きな声なら聞こえる	③ほとんど聞こえない	④全く聞こえない	
言 語	①普通にしゃべれる	②やや不自由	③不自由		
認知症状	①なし		②あり(軽度)	③あり(中度)	④あり(重度)

※認知症状の判定基準

- 1) 軽度：何らかの症状を有するが、日常生活は家庭内、社会的にほぼ自立している。
- 2) 中度：日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- 3) 重度：日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。常に介護を要する。