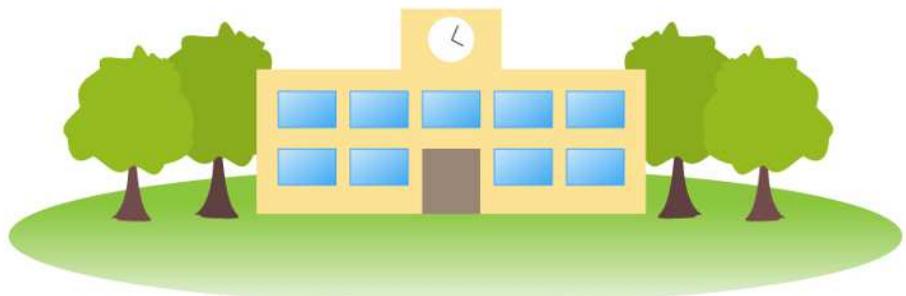


支援が必要な人へのインクルーシブ手帳

岐阜市サポートブック



支援が必要な人へのインクルーシブ手帳「岐阜市サポートブック」 取り扱い等について

このサポートブックは、ご本人の支援を共通理解し、引き継いでいくために必要な情報を整理していくことを目的としています。

- ・各ライフステージにおける成長の過程、各支援機関での相談内容や支援の記録等、ご本人の情報をこの一冊にまとめておくことにより、周囲の人に理解してもらうためのツールとしてご利用いただけます。
- ・お子さんや重度の障がいのある人は、自分の状況や思いを伝えることが難しく、ご本人のことをよく理解しているご家族がご本人の特性や日常の生活で必要な支援、親としての思いや願い等、書き残しておくことで、一貫した支援が受けられるようにすることに役立ちます。
- ・「親亡き後」「緊急時」「災害時」等、ご本人やご家族にもしもの時のために『備えておくこと』は大切です。将来その情報が必要となった時に活用していただけるよう準備しておきましょう。

サポートブックは、**ご本人またはご家族が所持するものです。**
支援者等と必要に応じて共有できるように**保管場所を決めておくのもよい**でしょう。

○記入にあたって

ご本人の意思決定に配慮しつつ、支援を必要とする人が生涯にわたり、地域で安心・安全な生活を送ることができ、周囲のサポートを受けながらその人らしく生きていけるように『未来への道標として』つながることを願い、**ご本人・ご家族・支援者と作成していく**ものとなります。

- ・全部記入して、空欄をうめていくことは大変です。書きやすいところから記入する、必要なページを足していくことで、使い勝手のよい『私のオリジナル手帳』としていくとよいでしょう。
- ・わかりやすくするために写真を貼ったり、絵を描いておくのもよいです。
- ・昔の情報を記入したページも捨てずに残しておくと『成長の記録』になり、の

ちに役立つ情報になります。

- ・ご本人の成長の様子を書き込むほか、窓口でサポートブック（ファイル付き）を入手された方は、医療機関や関係機関から提供された資料等も差し込めるようになっていますので、あわせて保管してください。

用紙は、岐阜市ホームページからダウンロードすることができます。用途に応じて必要なページを追加してお使いください。

<https://www.city.gifu.lg.jp/kenko/syougaisyafukushi/1004678/1004685/1004692.html>

ページ番号検索 **1004692**

○ご家族のみなさまへ

関係機関へご本人の状況を伝えることが理解につながります。このサポートブックをそのツールとして活用し、周囲の方の理解と支援、そして連携につなげていきましょう。

○関係機関のみなさまへ

大切な個人情報が含まれていますので、**十分注意して取扱いましょう。**

支援に関わらない第三者に情報提供すること、また承諾なしにコピー等して二次的に使用することは禁止します。

関係機関同士で活用される際には、**ご本人・ご家族の了承を得て**いただきますようお願いいたします。

この岐阜市サポートブックは、岐阜市障害者総合支援協議会において関係者による協議のもと作成しました。

様式等については見直しを行っていきますので、ご意見・ご要望がありましたら、岐阜市障がい福祉課へお申し付けください。

もくじ

1 わたしのこと

■本人情報	1
■家族について知っておいてほしいこと	2
■家族・親族などの関係図	3
■手帳および認定	4
■障がい特性	5
■健康状態	6
■発達の記録（母子健康手帳参考）	9
■通園と通学の記録	10
■利用しているサービス等	11

2 相談と支援の記録

■相談歴	13
■日常生活の様子	14
■1年間の予定や行事	17
■集団生活の状況	18
■コミュニケーションの状況と対応	19
■対応に困った時の記録	20

3 その他	21
-------	----

付録ノート

将来のこと	将来-1～将来-7
緊急時のこと	緊急-1～緊急-3
災害時のこと	災害-1～災害-11

1 わたしのこと

年　月　日

記入者（本人または代筆者氏名）：

（続柄：）

■本人情報（該当するものに✓・記入してください）

ふりがな			
氏名	生年月日	年　月　日	
住所	〒	性別	
岐阜市 (校区：) 本籍地 地区の民生委員・児童委員 氏名（ ） （ ）		自宅（固定電話）	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> TEL	
		<input type="checkbox"/> FAX	
		携帯電話	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無
		■ 電話番号	
		メールアドレス	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無
		携帯	
パソコン			

■家族構成

続柄	氏名	生年月日	同別居
		年　月　日	同居 · 別居
		年　月　日	同居 · 別居
		年　月　日	同居 · 別居
		年　月　日	同居 · 別居
		年　月　日	同居 · 別居
		年　月　日	同居 · 別居
		年　月　日	同居 · 別居

■家族について知っておいてほしいこと

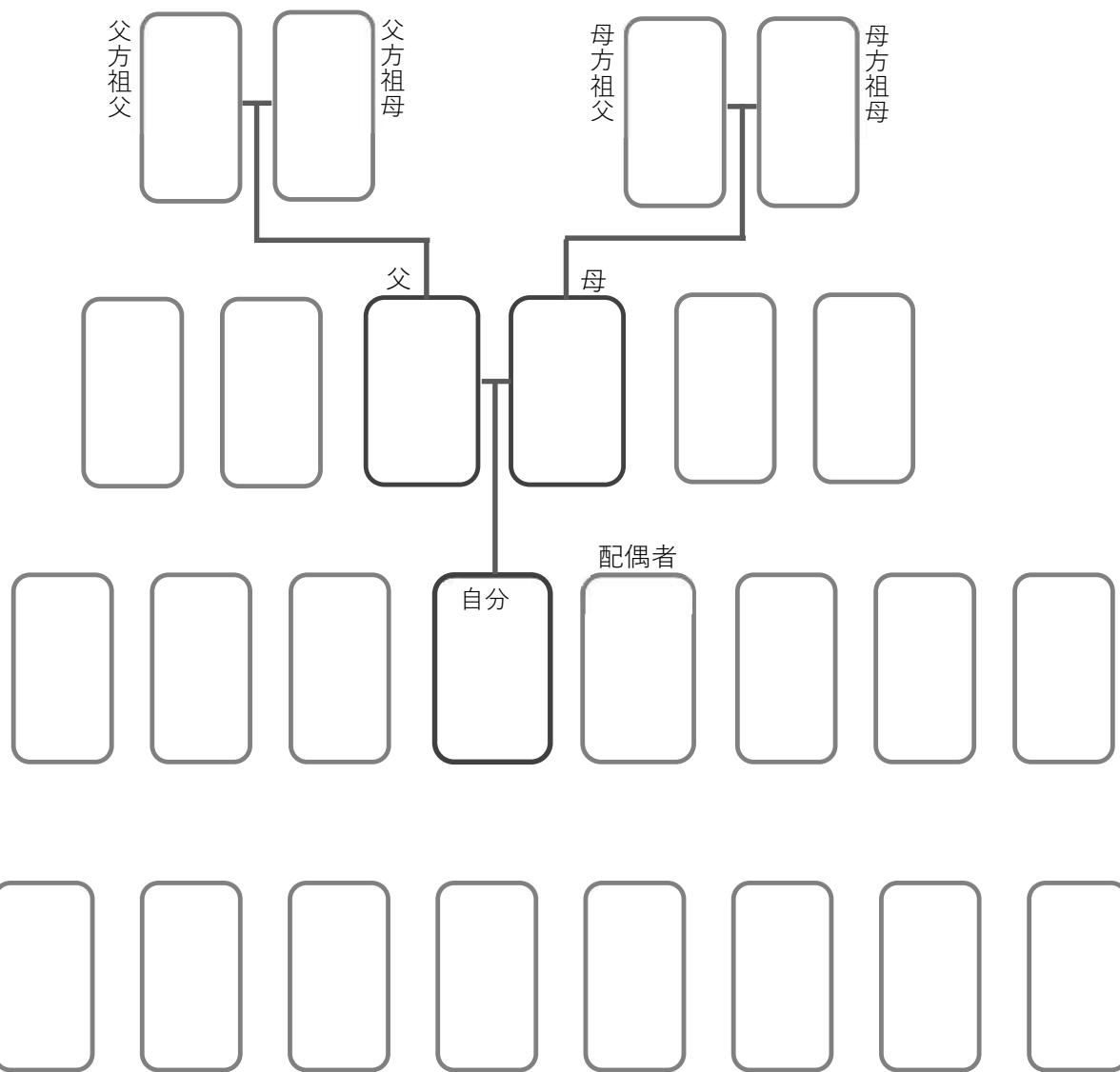
氏名		本人との続柄	
特記事項（例えば…就労時間、既往歴、支援者について等）			

氏名		本人との続柄	
特記事項（例えば…就労時間、既往歴、支援者について等）			

氏名		本人との続柄	
特記事項（例えば…就労時間、既往歴、支援者について等）			

年 月 日 時点

■家族・親族などの関係図



■緊急連絡先（もしもの時の連絡先リスト）

年 月 日 時点

(ふりがな) 氏名	関係	連絡先	備考
()		〒 - TEL :	
()		〒 - TEL :	
()		〒 - TEL :	
()		〒 - TEL :	

■手帳および認定 (該当するものに✓・記入してください)

手帳・認定等	交付日	等級・障害名・診断名	期限等
□ 身体	年 月 日	種 級 【障害名】	<input type="checkbox"/> 再診査年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再診査要なし
	年 月 日	種 級 【障害名】	<input type="checkbox"/> 再診査年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再診査要なし
	年 月 日	種 級 【障害名】	<input type="checkbox"/> 再診査年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再診査要なし
□ 療育	年 月 日	A・A1・A2・B1・B2 【診断名】	<input type="checkbox"/> 再判定年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再判定の要なし
	年 月 日	A・A1・A2・B1・B2 【診断名】	<input type="checkbox"/> 再判定年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再判定の要なし
	年 月 日	A・A1・A2・B1・B2 【診断名】	<input type="checkbox"/> 再判定年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再判定の要なし
	年 月 日	A・A1・A2・B1・B2 【診断名】	<input type="checkbox"/> 再判定年月 年 月 <input type="checkbox"/> 再判定の要なし
□ 精神	年 月 日	級 【診断名】	年 月 日
	年 月 日	級 【診断名】	年 月 日
	年 月 日	級 【診断名】	年 月 日
□ 難病	年 月 日	【診断名】	年 月 日
	年 月 日	【診断名】	年 月 日
	年 月 日	【診断名】	年 月 日
□ 無			
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 有 (区分) · <input type="checkbox"/> 無		
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 / 要介護) · <input type="checkbox"/> 無		
手帳等 保管場所 :			

■補装具・日常生活用具の利用状況

年月日	種類

■障がい特性 (該当するものに✓・記入してください)

年 月 日 時点

身体的						
<input type="checkbox"/>	四肢欠損	部位	()			
<input type="checkbox"/>	医療的ケア	部位	<input type="checkbox"/>	右上肢	<input type="checkbox"/>	左上肢
			<input type="checkbox"/>	右下肢	<input type="checkbox"/>	左下肢
			<input type="checkbox"/>	ストーマ	<input type="checkbox"/>	吸引
			<input type="checkbox"/>	経管栄養	<input type="checkbox"/>	気管切開
			<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器
<input type="checkbox"/>	カテーテル		<input type="checkbox"/>	モニター		
<input type="checkbox"/> その他 ()						
精神的						
<input type="checkbox"/>	てんかん	→服薬コントロール <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 (発作の前兆・頻度・状態等)				
<input type="checkbox"/>	幻覚・妄想	→服薬コントロール <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 (頻度・状態)				
<input type="checkbox"/>	自傷・他害	<input type="checkbox"/> 自分の体を叩く・傷つける <input type="checkbox"/> 大量服薬 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 他人を叩く・蹴る <input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/>	強度行動障がい	<input type="checkbox"/> 激しいこだわり <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 粗暴行為 <input type="checkbox"/> 多動・行動停止 <input type="checkbox"/> パニック <input type="checkbox"/> 突発的な行動 <input type="checkbox"/> 感覚過敏・感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他 配慮を要する事項 (関わり方など)						
例えば…医療的ケアについて (実施されている医療行為・対応等) こだわりについて (特定の考え方・物・人等) パニックについて (予防方法／起こしやすいきっかけ・時間・場所／落ち着く方法・場所等)						

■健康状態

年 月 日 時点

<かかりつけの医療機関>

医療機関名	診療科	主治医	病気・症状	通院状況

<常用薬：毎日飲んでいる薬>

薬の名前	回数	飲み方	処方年月
	回／日	食前・食後・食間・寝る前	/

<常備薬：症状が出たときに使う薬（とんぷくなど）>

薬の名前	症状等	飲み方・使い方	処方年月
			/
			/
			/

<おくすり手帳>

有 · 無

※処方箋があれば、ポケットホルダーに入れておきましょう。

■健康保険 (該当するものに✓・記入してください)

年 月 日 時点

健康保険証	保険の種類	国民健康保険・社会保険・後期高齢者医療
	記号・番号	
	被保険者名	
重度心身障害者医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無	
自立支援医療	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無	
健康保険証・受給者証等 保管場所 :		

■アレルギーについて

年 月 日 時点

有 · 無

[有に✓した方は、下記の欄も記入してください。]

アレルギーの原因	症状	対処方法

■受診のとき気をつけてほしいこと

年 月 日 時点

待合室	
診察室	
注射等処置	

■予防接種の履歴及び患状況について

ワクチンの種類	接種年月日			備考
インフルエンザ 菌 b 型 (Hib)	初回 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
	追 加	年	月	日
小児 肺炎球菌	初回 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
	追 加	年	月	日
B 型肝炎	初回 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
ロタ ウイルス	初回 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
三種混合(※1), 四種混合(※2) または 五種混合(※3)	第 1 期 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
	追 加	年	月	日
二種混合(※4)	第 2 期	年	月	日
ポリオ * 生ワクチンのみ は 2 回で終了	初回 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
	追 加	年	月	日
BCG (結核)		年	月	日
麻しん・風しん (MR)	第 1 期	年	月	日
	第 2 期	年	月	日
水痘 (水ぼうそう)	1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
日本脳炎	第 1 期 1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	追 加	年	月	日
	第 2 期	年	月	日
HPV (子宮頸が ん)	1 回目	年	月	日
	2 回目	年	月	日
	3 回目	年	月	日
定期外予防接種等			接種またはり患年月日	
おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)			接種・り患	年 月 日
インフルエンザ			接種・り患	年 月 日
			接種・り患	年 月 日

■発達の記録（母子健康手帳参考）

妊娠中の経過	□順調 □切迫流早産 時期： 特記事項：			
	妊娠期間 週 日			
出産の状態・検査の記録	出生体重	g	頭囲	cm
	□新生児仮死 □保育器使用 (日間) □黄疸 ()			
	□先天性代謝異常検査 ()			
	□新生児聴覚検査 ()			
	特記事項			
	首のすわり	か月	あやすとよく笑う	か月
	ねがえり	か月	話しかけるような声を出す	か月
	ひとりすわり	か月		
	はいはい	か月	機嫌よくひとりで遊ぶ	か月
	つかまり立ち	か月		
保護者の記録	指で小さいものをつまむ	か月	ささやき声での呼びかけにふりむく	か月
			後追い	か月
	つたい歩き	歳 か月	バイバイ等身振りをする	か月
			かんたんなことばがわかる	歳 か月
	ひとり歩き	歳 か月		
	コップで飲む	歳 か月	意味のあることばを話す	歳 か月
	走る	歳 か月		
	スプーンを使う	歳 か月		
	手を使わずに階段をのぼる	歳 か月	丸（円）を書く	歳 か月
			名前を言う	歳 か月
	階段 2-3 段の高さから飛び降りる	歳 か月	お手本を見て十字を書く	歳 か月
	片足でケンケンする	歳 か月		
		おしっこの自立	歳 か月	
	はさみを使う	歳 か月		
	でんぐり返し	歳 か月	思い出して絵をかく	歳 か月
	はっきりとした発音で話す	歳 か月		
		うんちの自立	歳 か月	
		四角をまねて書く	歳 か月	
	片足で5-10秒間立つ	歳 か月	前後左右がわかる	歳 か月
			ひらがなの読み書き	歳 か月

■通園と通学の記録

和暦、西暦	学年	クラス	担任名	保育園（所）・幼稚園名	特記事項
年	0歳児				
年	1歳児				
年	2歳児				
年	年少				
年	年中				
年	年長				
小学校			住所	TEL	
和暦、西暦	学年	クラス	担任名	通学方法	特記事項
年	1年				
年	2年				
年	3年				
年	4年				
年	5年				
年	6年				
中学校			住所	TEL	
和暦、西暦	学年	クラス	担任名	通学方法	特記事項
年	1年				
年	2年				
年	3年				
特支・高等学校・専門学校			住所	TEL	
和暦、西暦	学年	クラス	担任名	通学方法	特記事項
年	1年				
年	2年				
年	3年				

■就労の記録

会社名	入社年月	就労形態	担当者	退社理由・年月
	年 月			
	年 月			
	年 月			
特記事項				

年 月 日 時点

■利用しているサービス等 (該当するものに✓・記入してください)

障害福祉 サービス 利用	<input type="checkbox"/>	有	相談支援 事業所		相談支援 専門員	
	<input type="checkbox"/>	無	→基幹相談支援サテライトとの関わり		<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無
障害福祉 サービス 利用	<input type="checkbox"/>	有	相談支援 事業所		相談支援 専門員	
	<input type="checkbox"/>	無	→基幹相談支援サテライトとの関わり		<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無
障害福祉 サービス 利用	<input type="checkbox"/>	有	相談支援 事業所		相談支援 専門員	
	<input type="checkbox"/>	無	→基幹相談支援サテライトとの関わり		<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無

	利用中の障害福祉サービス			サービス提供事業所名	
				利用期間	担当者
障 が い 児	<input type="checkbox"/>	児童発達支援		～	
	<input type="checkbox"/>	居宅訪問型児童発達支援		～	
	<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援		～	
	<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス		～	
	<input type="checkbox"/>	保育所等訪問支援		～	
障 が い 児 ・ 者	<input type="checkbox"/>	日中一時支援事業		～	
	<input type="checkbox"/>	移動支援		～	
	<input type="checkbox"/>	居宅介護		～	
	<input type="checkbox"/>	同行援護		～	
	<input type="checkbox"/>	行動援護		～	
	<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括支援		～	
	<input type="checkbox"/>	短期入所		～	
障 が い 者	<input type="checkbox"/>	重度訪問介護		～	
	<input type="checkbox"/>	生活介護		～	
	<input type="checkbox"/>	療養介護		～	

	利用中の障害福祉サービス		サービス提供事業所名	
			利用期間	担当者
<input type="checkbox"/>	自立訓練（機能訓練・生活訓練）		～	
<input type="checkbox"/>	就労移行支援		～	
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 A型		～	
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 B型		～	
<input type="checkbox"/>	就労定着支援		～	
<input type="checkbox"/>	自立生活援助		～	
<input type="checkbox"/>	共同生活援助		～	
<input type="checkbox"/>	施設入所支援		～	
<input type="checkbox"/>	その他 ()		～	
<input type="checkbox"/>	その他 ()		～	

介護保険 サービス 利用	<input type="checkbox"/>	有	居宅介護 支援事業所		介護支援 専門員	
	<input type="checkbox"/>	無	→地域包括支援センターとの関わり		<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無
介護保険 サービス 利用	<input type="checkbox"/>	有	居宅介護 支援事業所		介護支援 専門員	
	<input type="checkbox"/>	無	→地域包括支援センターとの関わり		<input type="checkbox"/> 有	・ <input type="checkbox"/> 無

介護保険	利用中の介護保険サービス		サービス提供事業所名	
			利用期間	担当者
<input type="checkbox"/>			～	
<input type="checkbox"/>			～	
<input type="checkbox"/>			～	

交通手段	公共交通機関	・	自家用車	・	自転車	・	徒歩
	保護者等の送迎	・	事業所の送迎				

2 相談と支援の記録

■相談歴

相談・療育・訓練機関名	①中・南・北保健センター ②子ども・若者総合支援センター‘エールぎふ’ ③岐阜県発達相談支援センター ④医療機関 ⑤その他		
番号	年齢	利用期間	内容
※例：①	2歳	R5.1.15～	「ママ。」は言えるが、単語が増えない。

■日常生活の様子

食事	自立 ・ 見守りや声かけが必要 ・ 介助が必要
	普通食 ・ 一口大 ・ きざみ食 ・ その他 ()
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。 (食事で困難なこと・好き嫌い・アレルギー等で食べてはいけないもの)
歯磨き	ひとりでできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
排尿	ひとりでできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	洋式 ・ 和式 ・ どちらでも ・ オムツ
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
排便	ひとりでできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	洋式 ・ 和式 ・ どちらでも ・ オムツ
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
入浴	ひとりでできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
着替え	ひとりでできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
起床	ひとりできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	※注意してほしいこと、寝るときの癖、目覚め方等記入してください。
就寝	ひとりできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい
	※注意してほしいこと、寝るときの癖、目覚め方等記入してください。
コミュニケーション	会話できる ・ 会話できない ・ 単語 ・ 絵カードや写真 ・ 筆記 その他 ()
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
好きなこと 好きな遊び	
苦手なこと 苦手な遊び	
独特な 行動・様子	

身だしなみ	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
移動・外出	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
電話の利用	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
薬の管理	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
金銭管理	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
調理	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
掃除	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
洗濯	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
買い物	ひとりでできる · 少し手伝ってほしい · 手伝ってほしい
	※普段どのように手助けしているか、気を付けていることを記入してください。
趣味・特技	
体調・睡眠の様子	

年 月 日 時点

【現在の生活】日常の生活リズム ～1週間の予定や行事～

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<input type="checkbox"/> 1日の生活中で、習慣化されていることがあれば記載 (医療、家族、近隣・友人、習い事、サークル活動等)
8:00								<input type="checkbox"/> 自宅での過ごし方についても記載
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								<input type="checkbox"/> 週単位で、習慣化されていることがあれば記載 (医療、家族、近隣・友人、習い事、サークル活動等)
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

※サービスを利用している方は、計画相談の相談支援専門員が作成したサービス等利用計画の【週間計画表】をつづっておくことでもよいです。

年　月　日 時点

■ 1年間の予定や行事

※ 家庭や施設等で毎年行っていること等があればご記入ください。

4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	
1月	
2月	
3月	

※ 不定期にある行事等、ご記入ください。

年 月 日 (記入者) _____

■集団生活の状況

項目	レ点	特記事項
会話になりにくい		
一方的に話す		
思いつくとしゃべらずにはいられない		
目の前にいる相手の気にしていることを平気で指摘する		
初対面の大人に平気で話しかける		
発音がはっきりしない		
かんしゃくを起こしやすい		
落ち着きがない		
同年代の友達とのトラブルが多い		
指示が入りにくい		
こだわりが強い		
話の理解があいまい		
ルールを理解して遊べない		
約束や決まり事が守れない		
一人遊びが多く、友達と遊べない		
不安が強く、慣れるのに時間がかかる		
名前を呼んでも無視をする		
不器用である		
親から離れられない、逆に親がいなくても平気		
運動会等の行事への参加を嫌がる		
遊びであっても根気が続かない		
偏食がひどい		
危険を予知することが苦手		
その他()		

年 月 日 (記入者) _____

■ コミュニケーションの状況と対応

方法	状況	対応
あいさつ		
説明の理解 (わからない時、質問することができるかも含む)		
文字等の理解 (読み書き、数字、時間等)		
場面変化の対応		
意思伝達 (発語含む)		
他者の気持ちの理解		

気をつけてほしいこと、知っておいてほしいこと

■対応に困ったときの記録

年 月 日 (記入者) _____

項目	①他害行為や無断外出など危険を伴うこと ②自傷行為に関すること ③生活リズムに関すること ④こだわり、人との関わりに関すること ⑤その他		
発生前の状況	状況	後の対応	

■落ち着かないときの有効な対応方法

年 月 日 (記入者) _____

起きやすい場面	
様子・状況	
対応方法	

3 その他

<保管用>

年　月　日 (記入者)

ふりがな		生年月日	年　月　日
氏名		性別	男　・　女
呼び方		血液型	A・B・O・AB (Rh + -)
住所	〒 -	連絡先	TEL :
			FAX :
			携帯 :
重度心身障害者等医療費助成制度 (重) あり　・　なし		病名 :	
		内服薬 :	
		主治医 :	医師
		連絡先 :	
その他緊急時の対応など知っておいてほしい情報			

— — — — — キリトリ線 — — — — — — — — —

このページは切り取り、財布等に入れて携帯しましょう。

<携帯用>

年　月　日 (記入者)

ふりがな		生年月日	年　月　日
氏名		性別	男　・　女
呼び方		血液型	A・B・O・AB (Rh + -)
住所	〒 -	連絡先	TEL :
			FAX :
			携帯 :
重度心身障害者等医療費助成制度 (重) あり　・　なし		病名 :	
		内服薬 :	
		主治医 :	医師
		連絡先 :	
その他緊急時の対応など知っておいてほしい情報			

付録ノート：将来

～ 将来のこと ～



1 将来のこと（本人の記録）

年 月 日 時点

本人の思い（自分が思い描く未来）

文章でも…絵でも…自由に記載してください。

■成年後見人制度等（該当するものに✓・記入してください）

成年後見人等	<input type="checkbox"/> 有	類型	法定後見（後見・保佐・補助・監督人）・任意後見		
		後見人等	氏名		
			住所		
			連絡先	自宅・携帯・職場（）	
	<input type="checkbox"/> 無				

年　月　日 時点

■財産（資産・負債）について

預貯金　〈有・無〉

金融機関名	支店	口座番号	名義人

【備考】※通帳・印鑑・キャッシュカード等の保管場所も記載しておくと良いでしょう。
※預貯金に関するごと伝えておきたことがあれば、備考欄に記載してください。

不動産（土地・家屋）　〈有・無〉

種類	所在地	名義人

【備考】※権利証の保管場所も記載しておくと良いでしょう。
※不動産に関するごと伝えておきたことがあれば、備考欄に記載してください。

生命保険・損害保険等　〈有・無〉

保険会社名	種類	証券番号	被保険者	受取人

【備考】※保険会社の担当者・連絡先、保険証等の保管場所等を記載しておくと良いでしょう。

年　月　日 時点

公的年金 〈有・無〉

基礎年金番号	種類	受給金額	備考

【備考】※年金の振込先の金融機関・支店・口座等、記載しておくと良いでしょう。

個人年金・企業年金 〈有・無〉

名称	番号・記号等	備考

【備考】※振込先の金融機関・支店・口座等、記載しておくと良いでしょう。

その他の資産 〈有・無〉

名称	内容	保管場所	備考

【備考】※遺言の有無、形見分けの内容や保管場所等、記載しておくと良いでしょう。

負債（借金・ローン） 〈有・無〉

借入先	金額	返済方法

【備考】※支払先、毎月の返済金額・返済日、完済予定等、記載しておくと良いでしょう。

2 将来のこと（親心の記録）

※「これからどう生きていきたいのか」という本人の思いとともに、「どう生きていって欲しいのか」という親の願いをご記入してください。

年　　月　　日 (記入者) _____

住まい	自宅や施設などの希望
例えば…・親が元気なうちは自宅で生活する。週末はサービスを利用して余暇を過ごす。 ・平日は仲間とグループホームで生活し、グループホームから通勤する。週末は親の家で過ごす。	
金銭管理	理解力や判断能力が不十分な場合、不動産や預貯金等の財産を管理・処分等の対応
例えば…・日常的な金銭管理は、社協の日常生活自立支援事業を利用している。 ・親が成年後見人等になっているので、将来その役割が果せなくなった時、次に○○(氏名・住所・電話・続柄)にお願いしたい。	
介護	介護が必要になった時の希望・費用等
例えば…・本人ができるだけ楽しく余生を過ごせるようにしてください。 ・本人の預金や年金等でまかなってほしい。 ※介護をお願いしたい人・介護してほしい場所・介護の費用について、記載しておくと良いでしょう。	
医療	緊急入院・手術等に関する同意、付添い人、費用等
例えば…・入院手続き、手術などの医療同意が必要になった時には、○○に確認してください。 ・健康保険証・重度心身障害者医療費受給者証は、家の○○に置いてあります。	

病名・余命の告知	
例えば…・本人は理解できないと思うので、病名や余命は本人に告知しないでください。	
延命治療・ホスピスケア	
例えば…・本人に苦しい思いをさせたくないで、苦痛を少なくすることを重視してほしい。 ・回復の見込みがなければ、延命治療を希望しない。	
葬儀・お墓・供養	葬儀・お墓・供養等希望、費用等
例えば…※葬儀をする・しない等も含め、葬儀に関する希望（葬儀の場所（葬儀社・互助会等、決まっている所があれば社名・連絡先）・規模、喪主、葬儀の形式（宗教・宗派）、香典・供花、遺影、葬儀の費用）等を記載しておくと良いでしょう。 ※お墓がある方は、お墓の場所を分かるように墓地名・住所・地図等を残しておくと良いでしょう。 ※希望がなければ、お任せすることを記載しておく。	
遺産・相続	親名義の資産等の取り扱い
例えば…※遺産相続の方法・考え方を記載しておくと良いでしょう。	

親として支援する方に伝えておきたいこと

例えば…・家族しか知らない本人との大切な思い出

- ・親としての思い・願い
- ・本人のことで支援者の人々に知っていてもらいたいこと 等

3 おもいでのページ

年 月 日 時点

写真を貼ったり、絵を描いたり、残しておきたいものをはさんだり・・・
ご自由にお使いください。

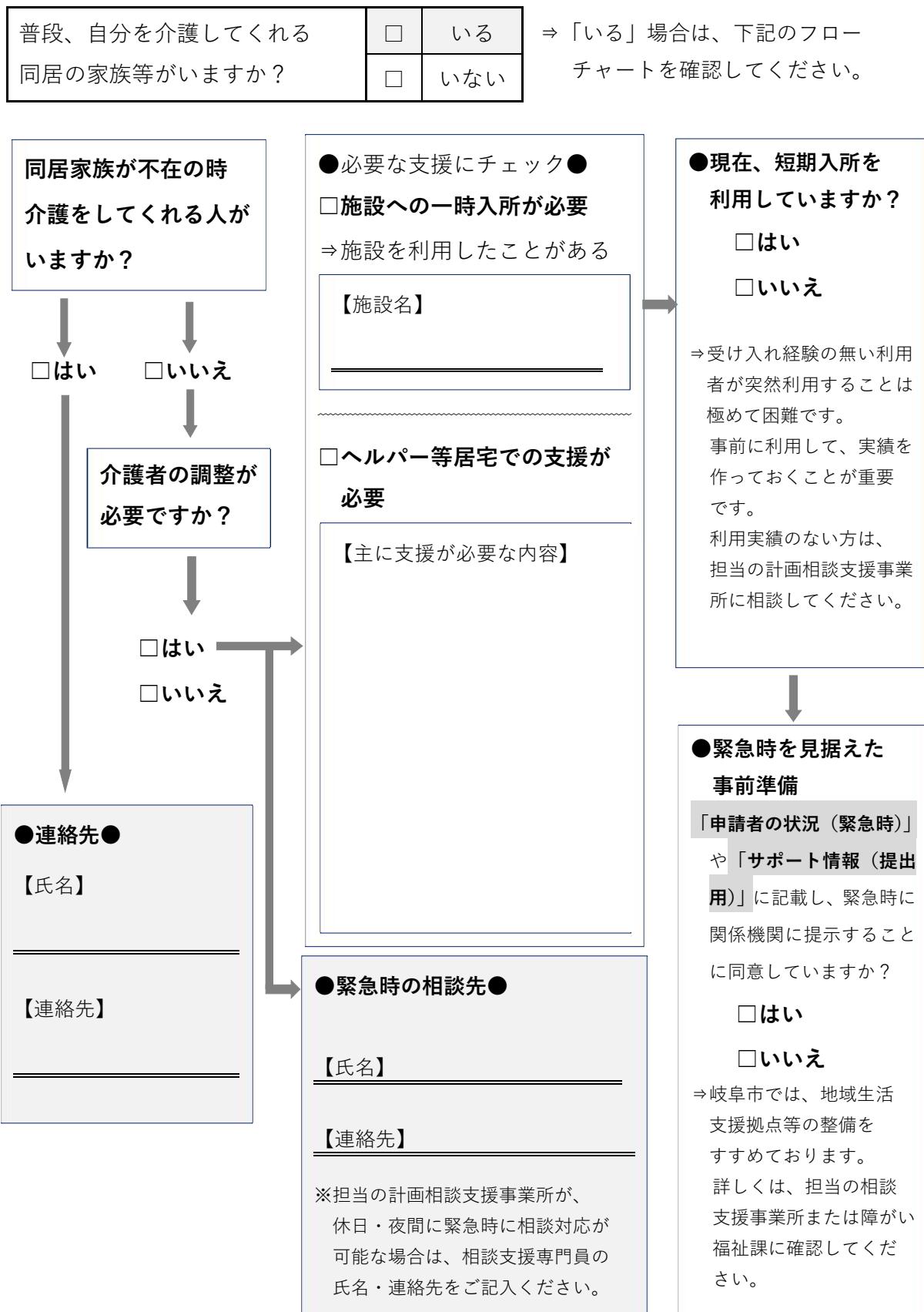
付録ノート：緊急時

～緊急時のこと～



1 緊急時のこと

【緊急時（主たる介護者が介助できない時）のフローチャート】



申請者の状況(緊急時)

作成日： 年 月 日

※「緊急時」とは、普段、親等の支援に居宅で生活することができた者が、支援を行う者の疾病等により不在、その他やむを得ない理由により、居宅で生活することができない場合であり、支援が当日又は翌日に必要な場合をいう。(本人の病状悪化時等は除く。)

下記の記載内容について、緊急時に各関係機関に
提示することの同意します。

本人氏名：

代筆者氏名：

続柄

主 た る 介 護 者 の 状 況	(片方)		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	続柄																																	
	氏名																																					
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居																																			
	職業	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()																																		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い	()																																	
	心身障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	程度	()																																	
	介護負担度	<input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 比較的軽い																																		
その他	[]																																					
緊 急 連 絡 先	優先順位	氏名	続柄等	電話番号(つながりやすい番号)	住 所																																	
	①																																					
	②																																					
	③																																					
【 医 療 】																																						
利 用 者 の 状 況	● 定期通院医療機関 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																					
	↓																																					
	番号	医療機関名		診療科	電話番号																																	
	①																																					
	②																																					
	③																																					
	● 薬の自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 定期服薬なし																																					
	↳ (現在の状況:)																																					
	お薬手帳の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">服薬しているものに○を付ける</th> <th colspan="2">処方医療機関 (上記の定期通院医療機関の番号を記載)</th> <th>備 考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">定期薬</td> <td>朝</td> <td>食前 食後</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>昼</td> <td>食前 食後</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夕</td> <td>食前 食後</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ねる前</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">頓服</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						服薬しているものに○を付ける			処方医療機関 (上記の定期通院医療機関の番号を記載)		備 考	定期薬	朝	食前 食後				昼	食前 食後				夕	食前 食後				ねる前					頓服				
服薬しているものに○を付ける			処方医療機関 (上記の定期通院医療機関の番号を記載)		備 考																																	
定期薬	朝	食前 食後																																				
	昼	食前 食後																																				
	夕	食前 食後																																				
	ねる前																																					
頓服																																						
【 障がい特性 】																																						
(該当するものに✓してください)																																						
● 身体面																																						
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 部位 () <input type="checkbox"/> 麻痺 部位 () <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 () <input type="checkbox"/> 医療的ケア <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> モニター () <input type="checkbox"/> その他 ()																																						
● 精神面																																						
<input type="checkbox"/> てんかん → 服薬コントロール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (備考:) <input type="checkbox"/> 強度行動障害 [] <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 → 服薬コントロール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自傷・他害 []																																						
● その他 配慮を要する事項 (アレルギー、関わり方など) []																																						
備考																																						

例えば…普段、高齢の親と重度の障がいのある人で生活していたが、急遽親が緊急入院、死亡、介護していた人が不在となり、本人だけで生活することができなくなった場合、緊急時の対応が必要となります。

担当の相談支援専門員から本様式を市へ提出いただくよう呼びかけております。

サポート情報

(提出用)

記入日： 年 月 日

本人または
代筆者氏名

本人との関係
()

各関係機関にサポート情報を提示することに同意します。

ふりがな					生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			血液型	型		
本人氏名												
住所	〒 - 岐阜市 住まいの地区名 ()				本人の連絡先	自宅 (電話またはFAX)						
同居家族等連絡先	<input type="checkbox"/> 有 (/ 続)		<input type="checkbox"/> 無			携帯番号						
障がい 介護に 関すること	連絡先				メールアドレス							
	手帳・認定等		等級	障害名・診断名		医療機関名						
	<input type="checkbox"/> 身体					診療科		主治医				
	<input type="checkbox"/> 療育					電話番号						
	<input type="checkbox"/> 精神					障害支援区分	<input type="checkbox"/>	有	区分 ()	<input type="checkbox"/>	無	
	<input type="checkbox"/> 離婚						介護認定	<input type="checkbox"/>	有	要支援 ()	<input type="checkbox"/>	無
<input type="checkbox"/> 無									要介護 ()	<input type="checkbox"/>	無	
成年後見人等		<input type="checkbox"/> 有	—				類型					法定後見： 後見・保佐・補助・監督人 / 任意後見
		<input type="checkbox"/> 無	後見人等		DNA							
緊急時・災害時の支援		<input type="checkbox"/> いる	避難行動		<input type="checkbox"/> 有	【要支援者への配慮事項】						
		<input type="checkbox"/> いない	支援者名簿登録		<input type="checkbox"/> 無							
※緊急時・災害時の支援者①情報	ふりがな				連絡先	ふりがな		統括または本人との関係				
	支援者①氏名 (緊急時の連絡者氏名)		職業 または本人との関係			支援者②氏名 (緊急時の連絡者氏名)						
	緊急時・災害時の支援の可否		可	否	同居の有無	同居	<input type="checkbox"/>	同居の有無	同居	<input type="checkbox"/>		
	昼間		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同居以外	市内	<input type="checkbox"/>	同居以外	市内	<input type="checkbox"/>		
	夜間		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同居以外	市外	<input type="checkbox"/>	同居以外	市外	<input type="checkbox"/>		
	連絡先	自宅		—		電話	自宅		—			
		携帯		—			携帯		—			
		職場		—			職場		—			
	※緊急時・災害時の避難場所		<input type="checkbox"/>	自宅(在宅避難)	<input type="checkbox"/>	知人宅	<input type="checkbox"/>	避難所 ()				
	※については、緊急時・災害時に備えて、自主防災組織(自治会)や民生委員等の避難支援等関係者へ提供しますので、ご承知おきください。											
利用しているサービス等	サービス利用		<input type="checkbox"/> 有	—		基幹相談支援サテライト・地域包括支援センターとの関わり					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 無		—									
	障害福祉サービス(相談支援事業所)						介護保険サービス(居宅介護事業所)					
	事業所名						事業所名					
	担当相談支援専門員						担当介護支援専門員					
	電話番号						電話番号					
	サービス提供事業所											
	利用しているサービス						事業所名					
							電話番号					
	利用しているサービス						事業所名					
						電話番号						
利用しているサービス						事業所名						
						電話番号						

このサポート情報の書式は、本人の情報・支援者の情報を1枚にまとめられたものとなります。
事前に作成しておくことにより、緊急時・災害時等、いざという時に役立ちます。

付録ノート：災害時

～災害時のこと～



1 災害時のこと

■災害から一人の命も取り残さないために

集中豪雨や地震等の自然災害は突然発生します。

ご家庭での災害の備えを見直し、いざというときの行動を家族で話し合ってみませんか。

一人一人が災害リスクを想定し、災害時の避難における最適な選択ができるよう平時より準備をすることで、リスクを低減することができます。

「岐阜市総合防災安心読本」・「防災サポート」のアプリをご紹介

様々な災害が起きた時にどのような行動・日頃から家庭でできる対策が書かれています。生活する地域で想定される被害や、災害時に利用する避難場所・避難所について示したハザードマップも掲載しています。

災害に備えて、前もって自分のとるべき行動を整理し、個人の避難行動計画を作成しておきましょう。

広報ぎふ 令和4（2022）年9月1日号

「特集 災害から命を守る」



https://www.city.gifu.lg.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/017/005/20220901all.pdf

【避難行動要支援者名簿登録等】

(参考)

大きな地震や、風水害などの災害時に自力（家族）での避難が難しい方へ。

《避難行動要支援者名簿登録等のご案内》

～災害時に避難の手助けをする体制づくりに名簿を活用します。

自力（家族）での避難が困難な方は名簿登録の申請をしてください～

避難行動要支援者名簿登録制度等の目的

自力または家族だけでは避難ができず、第三者の助けを必要とする方（避難行動要支援者）を地域みんなで助ける仕組みをつくるためのものです。

市では、名簿登録された場合、同意を得た方に対し、地域による個別避難計画の作成・計画情報の提供を推進しております。個別避難計画の作成に同意された場合は、地域での活動に積極的にご協力ください。

ただし、名簿や個別避難計画の作成は、第三者の善意に基づき避難の可能性を高めるためのものであり、災害時の避難支援を約束するものではありませんし、避難支援できなかった場合に支援者及び市が責任を負うものではありません。

避難支援の対象となる方は？

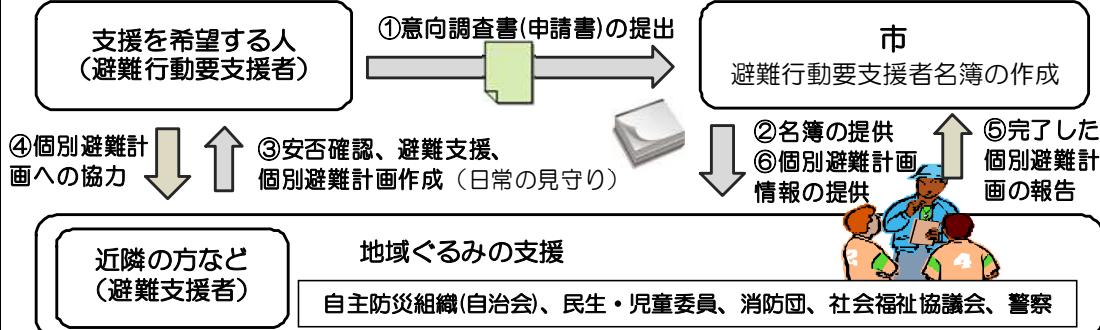
災害時に避難が必要となった場合に、身体が不自由などの理由で自力または家族の支援のみでは避難が困難であり、第三者の支援を必要とする在宅の方が対象です。



（第三者の支援が必要かどうかは、本人またはご家族に判断していただきます）

※施設に入所されている方や長期入院の方は対象外です。

支援のしくみ



名簿登録者の情報は、災害時の安否確認や避難支援の実施のため、自主防災組織(自治会)や民生・児童委員、消防団、社会福祉協議会、警察に提供され、災害時に誰が助けに行くかを決めたり（個別避難計画の作成）、日頃の見守り活動などに利用されます。

個人情報の取り扱い

申請いただいた方の個人情報（氏名、住所、生年月日、性別、電話番号その他の連絡先、避難支援を必要とする事由）は、日頃の見守りや災害時の避難支援の用途に限定して、市や避難支援関係者において利用されます。

登録方法と問合せ先

意向調査書（本書）に必要事項を記入のうえ、防災対策課、障がい福祉課、介護保険課、高齢福祉課、地域保健課または各事務所へ提出してください。（郵送可）

岐阜市都市防災部防災対策課 電話 058-267-4763
FAX 058-265-3857

(別記第1号様式)

避難行動要支援者名簿登録等に係る意向調査書

(避難行動要支援者名簿登録・個別避難計画作成・計画情報提供申請書)

お願い	○あなたの避難支援の意向を確かめさせていただくため、支援が必要・不要どちらであっても、この意向調査書の提出にご協力をお願いします。
-----	---

■ あなた御自身についてお答えください。(該当する□に✓をつけて下さい。)

氏名	ふりがな	性別	男・女
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	同居者	有・無
住所	〒		
自宅電話		地区名	<例>金華
携帯電話		自治会	<input type="checkbox"/> 加入中 自治会名() <input type="checkbox"/> 未加入
ファックス			
居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅に居住 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> 長期入院	➡【問1】以降をお答えください。 名簿の対象外になります。回答はこれで終了です。 下欄の署名欄に署名し、提出をお願いします。	

■ 次の質問の当てはまる□に✓をつけてください。

【問1】災害が発生して避難しなければならないとき、家族以外の助けが必要ですか？

①必要ありません（避難行動要支援者名簿への登録を希望しません）

→回答はこれで終了です。下欄の署名欄に署名し、提出をお願いします。

②必要です（避難行動要支援者名簿の登録を希望します）

→【問2】をお答えください。

「②必要です」と答えた場合は、あなたの情報を避難支援関係者（自主防災組織（自治会）、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会、警察）に提供し、災害の発生に備えて、見守り支援等に活用します。

【問2】(問1で「②必要です」と答えた場合のみ回答をお願いします。)

あなたが避難するにあたり助けが必要になる理由を、教えてください（複数選択可）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 立つこと、歩くことがむずかしい。 | <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい）。 |
| <input type="checkbox"/> 目が見えない（見えにくい）。 | <input type="checkbox"/> 言葉や文字を理解できない。理解がむずかしい。 |
| <input type="checkbox"/> 危険が迫っていること、避難しなければならないことが自分で判断できない。 | |
| <input type="checkbox"/> 医療機器の装着等している。 | <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない。 |
| <input type="checkbox"/> ベッドから起き上がることが難しい。 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

【問3】(問1で「②必要です」と答えた場合のみ回答をお願いします)

岐阜市では、避難支援関係者（主に自主防災組織（自治会））に、個別避難計画の作成をお願いしております。それにより、避難支援が約束されるものではありませんが、自身の詳細な情報（緊急連絡先、かかりつけ医など）が書かれた、計画の作成及び避難支援関係者への提供に同意していただけますか。

①計画の作成および提供に同意しません。（避難行動要支援者名簿への登録と提供はします。）

②計画の作成および提供に同意します。

※本書の提出の際は、必ず署名をお願いします。

年 月 日

氏名（代理人）

代理人が署名する場合は本人との続柄（ ）

【個別避難（日常見守り支援）計画書】

(別記第7号様式)

個別避難(日常見守り支援)計画書

要支援者	フリガナ			性別		登録申請※		登録番号	
	氏名 住所			同居者		生年月日			
		〒				地区名			
				自治会名					
	電話番号			メールアドレス					
	携帯番号			FAX					
支援が必要な事由									

※申請書の提出がない場合、要配慮者区分を掲載

個別計画作成有無		優先度		災害リスク					
----------	--	-----	--	-------	--	--	--	--	--

医療関係情報	かかりつけ医療機関・電話番号	既往歴又は治療中の傷病名	血液型

緊急連絡先	氏名	続柄	郵便番号・住所	電話番号
			〒	
			〒	

支援者	氏名	郵便番号・住所	電話番号
		〒	
		〒	

その他関係者	氏名	電話番号等	備考

支援内容			

避難場所	
特記事項	

※ ○=名簿登録を申請した人、空欄=名簿登録の申請はないが、障がいや介護の要件により名簿登録されている人

--	--

上記の記載内容に誤りがないことを確認するとともに、支援関係者【自主防災組織(自治会)、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会(社協支部)、警察】及び支援者に情報提供することに同意します。

年 月 日

本人(要支援者)

署名 代理人

本人との関係

[]



代理人が署名する場合は、本人との関係を記入してください。

メモ欄

- この計画書に記載された個人情報は、要支援者の支援以外の目的で使用しないでください。
- 個別避難計画は、支援を約束したり、強制したり、結果責任を問うようなものではありません。

【ハザードマップ】

下記の二次元コードから、お住いの地域のハザードマップを確認しましょう。

<中心部>

①金華・京町・明徳・本郷



②梅林・白山・華陽・徹明・木之本



<北部1>

①岩野田北・岩野田



②常磐



<北部2>

①鷺山・長良西・長良



②長良東



<西部1>

①網代



②方県



③西郷・黒野



<西部2>

①七郷・木田



②合渡



<日光>

①島・城西・則武・早田



<北東部>

①三輪北・三輪南 	②藍川 
---	--

<東部>

①芥見・芥見東・芥見南 	②岩 
--	---

<南東部>

①日野 	②長森西・長森北・長森東・長森南 
--	---

<南部>

①厚見 	②加納東・加納西・茜部 
--	--

<南西部>

①本荘・三里・鏡島・市橋 	②日置江・鶴 	③柳津町 
---	---	---

指定一般避難所（指定緊急避難場所を兼ねる施設）一覧



指定一般避難所（指定緊急避難場所を兼ねない施設）一覧



福祉避難所一覧



■避難行動計画

①自宅の危険度を知る

家の中の安全対策

ハザードマップにより自宅の災害の危険度を確認し、リスクが少ない場合は在宅避難をご検討ください。

- ・家具転倒防止器具、ガラスの飛散フィルム、食器扉ストッパー等を取り付けましょう。

②いつ・どこへ避難するか考える

災害ごとの必要な対策や避難行動（地震・台風・大雨・土砂災害）

- ・ハザードマップの確認をしましょう。
- ・地域の災害情報メールに登録をしましょう。
- ・災害予報・災害発生時に連絡を誰とどういう方法でとるかを確認しておきましょう。
- ・避難のタイミングを決めておきましょう。

例えば…近所に火事がある時、自宅が倒壊した時、浸水が予想される時 等

- ・避難場所・避難経路・避難方法・集合場所を確認しておきましょう。

例えば…「指定一般避難場所」は？

⇒学校・公民館等

「指定緊急避難場所」は？

⇒公園・広場・洪水の想定深より上の階に避難できる施設・土砂災害の恐れのない施設等

「福祉避難所」は？

⇒指定一般避難所では生活に支障をきたす要配慮者のため支援体制が整備されている社会福祉施設等

※ただし、状況等を考慮して開設を判断するため、自宅から直接避難することは控えてください。

- ・避難する場所の環境を確認しておきましょう。

例えば…トイレの形態と場所、段差、動線 等

- ・持てる範囲で非常持出品を用意しておきましょう。

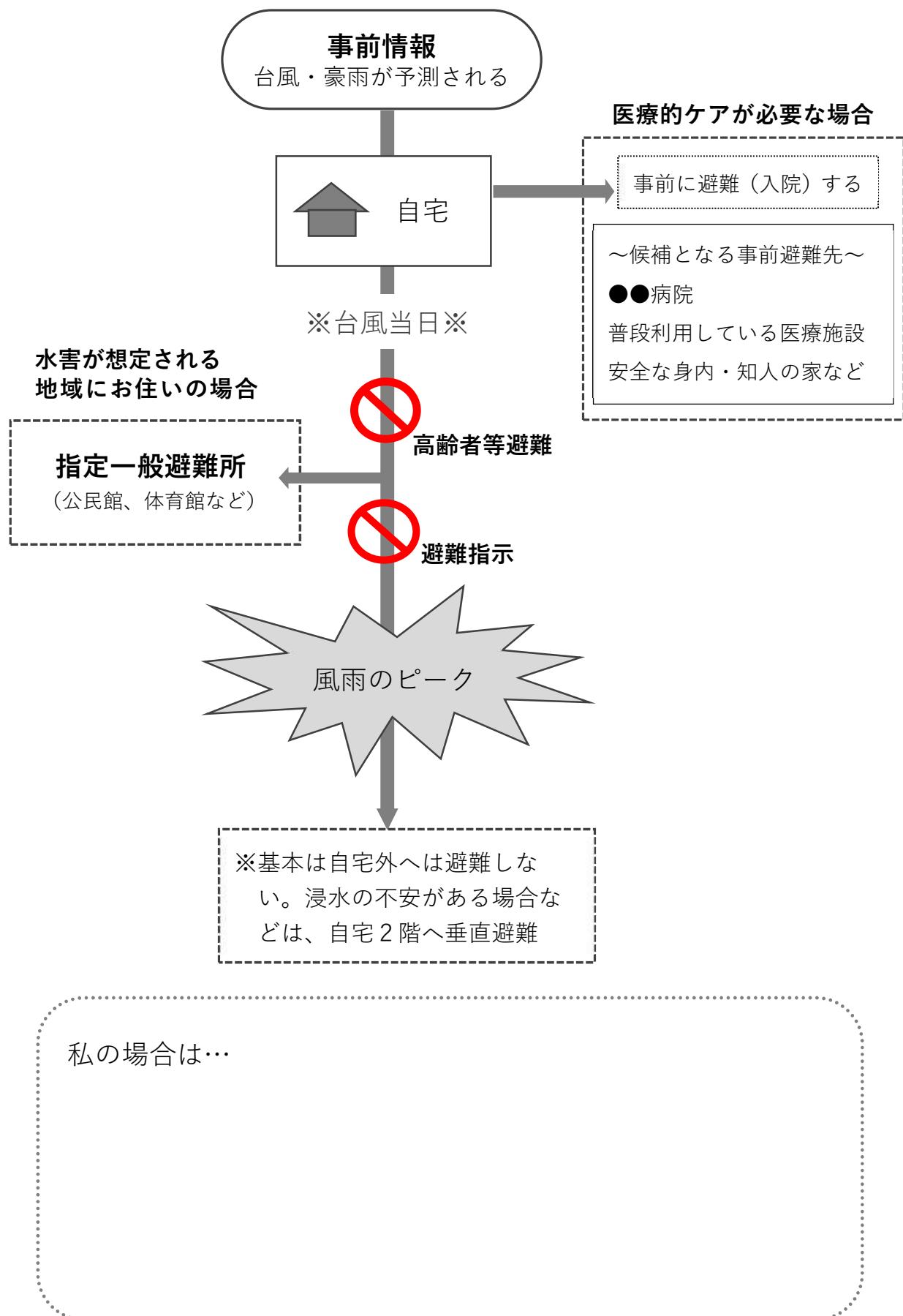
例えば…飲食料品、懐中電灯、防寒着、眼鏡、雨具、タオル、保険証、医薬品、電池、携帯ラジオ、携帯電話、モバイルバッテリー、衛生用品等

- ・在宅避難のために3日分の（できれば1週間）過ごせるだけの備蓄品を用意しておきましょう。

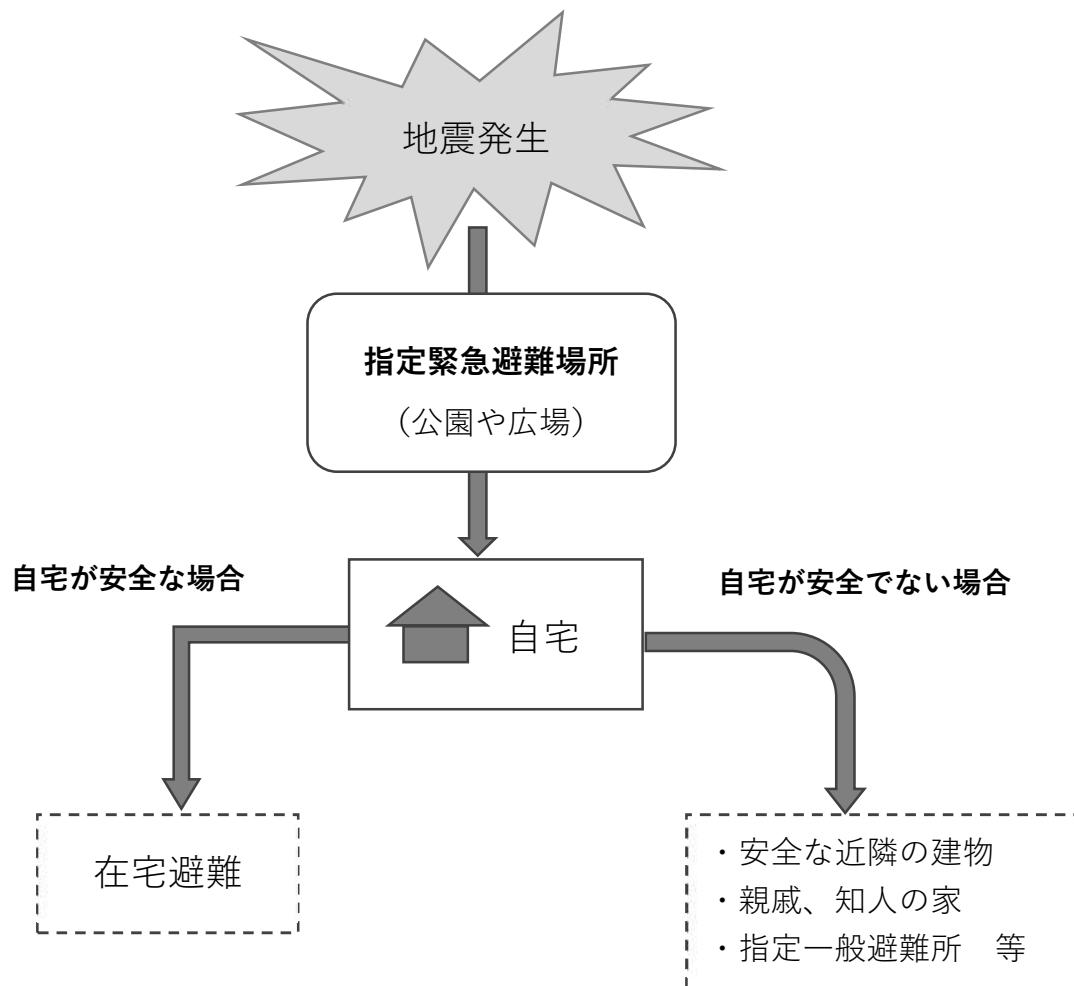
③実行するための準備をする

- ・支援が必要な人は、「避難行動要支援者名簿」の登録、個別避難計画を作成しておきましょう。
- ・地域の人とのつながりは大切です。地域の防災訓練に参加したり、ご近所の人にあいさつをしたりして、顔見知りになりましょう。

【風水害時の避難判断フローチャート】



【地震時の避難判断フローチャート】



私の場合は…

【在宅避難に備えた備蓄品】

	品物名		品物名
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

※例えば…飲料水（1人1日3リットル）、食料品（缶詰等、調理せずに食べられるもの）
生活必需品（簡易トイレ・衛生用品等）

【避難する時に持つ行くもののリスト】

	品物名		品物名
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

※非常持出品をリュックにまとめておくと避難時に両手が使えるので安全に避難できます。

※いつでも持ち出せるよう玄関などに用意することをおすすめします。

【個人で用意するもののリスト】

	品物名		品物名
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

※例えば…薬・補装具・補聴器の電池・スプーンなど

発行

岐阜市役所 福祉部福祉事務所 障がい福祉課

〒500-8701 岐阜市司町40番地1

TEL 058-214-2572 ／ FAX 058-265-7613

ホームページ [https://www.city.gifu.lg.jp/kenko/syougaisyafukushi/
1004678/1004685/1004692.html](https://www.city.gifu.lg.jp/kenko/syougaisyafukushi/1004678/1004685/1004692.html)

Eメール fj-shougaisoudan@city.gifu.gifu.jp

平成26年 4月 作成

令和6年 4月 改訂