

個別避難（日常見守り支援）計画書

※は必須項目

要支援者	ふりがな※	※該当する項目がある場合、✓をしてください <input type="checkbox"/> 変更（作成済の内容に変更がある場合） <input type="checkbox"/> 名簿に掲載はないが、支援を希望する場合 <input type="checkbox"/> 施設入所・長期入院 <input type="checkbox"/> 計画作成辞退（要支援者から計画作成不同意の申出） <input type="checkbox"/> 支援者なし（支援者が見つからなかった場合）		
	氏名※			
	生年月日※ 大正 昭和 平成 令和			
	郵便番号※〒	—	性別	男・女
	住所		同居者	有・無
	自宅電話※		ファックス番	号
	携帯電話※		地区名	
メールアドレス		自治会	<input type="checkbox"/> 加入中 自治会名（ ） <input type="checkbox"/> 未加入	
支援が必要な事由※	<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"/> 危険の判断がむずかしい <input type="checkbox"/> 目が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> その他（ ）			

医療関係	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
			Rh <input type="checkbox"/> + 型 <input type="checkbox"/> -

緊急連絡先	氏名	続柄	郵便番号・住所	電話番号・メールアドレス等
			〒 —	
			〒 —	

※支援者	氏名 または 団体・班の名称	郵便番号・住所	電話番号・メールアドレス等
	支援関係者への情報提供に同意の上、支援者が自署して下さい	〒 —	
	支援関係者への情報提供に同意の上、支援者が自署して下さい	〒 —	

その他関係者	氏名	電話番号等	備考

支援内容	(要支援者に対し、支援者がどのような支援を行うか記入してください。)
------	------------------------------------

避難場所	自宅付近の略図
特記事項	

※確認・同意	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。	
	署名	年 月 日 本人との関係
	<input type="checkbox"/> 本人(要支援者) <input type="checkbox"/> 代理人	() ↑ 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。

- この計画書に記載された個人情報、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。

個別避難（日常見守り支援）計画書

※は必須項目

要支援者	ふりがな※	※該当する項目がある場合、✓をしてください <input type="checkbox"/> 変更（作成済の内容に変更がある場合） <input type="checkbox"/> 名簿に掲載はないが、支援を希望する場合 <input type="checkbox"/> 施設入所・長期入院 <input type="checkbox"/> 計画作成辞退（要支援者から計画作成不同意の申出） <input type="checkbox"/> 支援者なし（支援者が見つからなかった場合）		
	氏名※			
	生年月日※ 大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
	郵便番号※〒	性別	男・女	
	住所	同居者	有・無	
	自宅電話※	ファックス番	地区名	
	携帯電話※	自治会	<input type="checkbox"/> 加入中 自治会名（ ） <input type="checkbox"/> 未加入	
メールアドレス	<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"/> 危険の判断がむずかしい <input type="checkbox"/> 目が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> その他（ ）			

医療関係	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
			Rh <input type="checkbox"/> + 型 <input type="checkbox"/> -

緊急連絡先	氏名	続柄	郵便番号・住所	電話番号・メールアドレス等
			〒	
			〒	

※支援者	氏名 または 団体・班の名称	郵便番号・住所	電話番号・メールアドレス等
	支援関係者への情報提供に同意の上、支援者が自署して下さい	〒	
	支援関係者への情報提供に同意の上、支援者が自署して下さい	〒	

その他関係者	氏名	電話番号等	備考

支援内容	(要支援者に対し、支援者がどのような支援を行うか記入してください。)
------	------------------------------------

避難場所	自宅付近の略図
特記事項	

※確認・同意	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	本人との関係
	署名 <input type="checkbox"/> 本人(要支援者) <input type="checkbox"/> 代理人	() ↑ 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。

- この計画書に記載された個人情報、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。

