

西東京市避難行動要支援者個別避難計画

_____年 _____月 _____日作成

私は災害救急対応の目的として、この個人情報、市の避難支援等関係者に提供し、平時の見守り及び救急災害時の支援活動等に活用することに同意します。

本人署名 _____ 代理人署名 _____ (続柄: _____)

※同意しない場合は不同意欄にチェックをしてください 不同意 (理由 _____)

氏名	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (年齢 才)	血液型	A・B						
	性別					AB・O						
住所	〒 _____ 西東京市		予定避難先		世帯人数(続柄)							
			① _____ 人		(_____)							
電話番号	自宅	緊急時連絡先	氏名		住所 / 電話番号							
			① _____		住所 _____							
電話番号	携帯	緊急時連絡先	氏名		住所 / 電話番号							
			② _____		住所 _____							
避難支援者	氏名・事業所名		住所		電話番号							
	_____		_____		(_____)							
安否確認者	氏名・事業所名		住所		電話番号							
	_____		_____		(_____)							
<input type="checkbox"/> 避難支援者の選定が困難なため、安否確認者のみ記入 <input type="checkbox"/> 避難支援者と安否確認者が同一												
居宅介護支援事業所・指定特定相談支援事業所名 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">①</td> <td style="width:45%;">担当: _____</td> <td style="width:40%;">TEL: _____</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>担当: _____</td> <td>TEL: _____</td> </tr> </table>							①	担当: _____	TEL: _____	②	担当: _____	TEL: _____
①	担当: _____	TEL: _____										
②	担当: _____	TEL: _____										
区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 要介護度 (要支援 _____ ・要介護 _____)											
	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級)											
区分	<input type="checkbox"/> ※障害の種別 (_____)											
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 (_____ 度) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級)											
在宅でない場合	<input type="checkbox"/> 現在施設入所中											
	【施設名 _____】		入所日 _____		退所予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
在宅でない場合	<input type="checkbox"/> 現在市外で生活中											
	【居住先住所 _____】		帰省予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

【市提出用】

移動 <input type="checkbox"/> 自力で動けない <input type="checkbox"/> 自力で動けるが歩行に不安 <input type="checkbox"/> 移動に特に不安はない <input type="checkbox"/> 車椅子(手動・電動)を使用 <input type="checkbox"/> 杖・白杖を使用 <input type="checkbox"/> 担架が必要 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 移動のサポートが必要【サポート方法: _____ (_____ 人)】 <input type="checkbox"/> ベッド等への移乗のサポートが必要【サポート方法: _____ (_____ 人)】					
コミュニケーションに関すること <input type="checkbox"/> 視覚に不安 <input type="checkbox"/> 聴覚に不安 <input type="checkbox"/> 意思の伝達が困難 <input type="checkbox"/> 指示の理解が困難 <input type="checkbox"/> 不安なし					
使用している医療機器等 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> IVH・TPN(中心静脈栄養) <input type="checkbox"/> 在宅酸素医療 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔等) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱の留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
非常用持ち出し袋・薬保管場所		非常用持ち出し袋の保管場所⇒(_____)			
非常用持ち出し袋・薬保管場所		薬の保管場所⇒(_____)			
避難の際の留意事項(持ち物等)					
避難施設での留意点		<input type="checkbox"/> 個室が必要 <input type="checkbox"/> ベッドが必要 <input type="checkbox"/> 椅子が必要 <input type="checkbox"/> トイレに配慮が必要 (どのような⇒ _____) <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 食事サポート必要 <input type="checkbox"/> 配膳サポートが必要 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
医療情報等	病名				
	症状				
	治療内容				
	かかりつけ医療機関・担当医・電話番号				
	①	医師 TEL: _____ (_____)			
	②	医師 TEL: _____ (_____)			
かかりつけ薬局	TEL: _____ (_____)				
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 自分でできる				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食べ物(_____) <input type="checkbox"/> 薬剤(_____) <input type="checkbox"/> 動物(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)				
利用サービス状況	曜日	時間帯	活動場所・支援事業所	電話番号	内容
	月				
	火				
	水				
	木				
	金				
	土				
日					
夜間就寝場所	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他(_____)		日中居住場所	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
家屋・居住状況	<input type="checkbox"/> 1981年5月31日以前に建てられた家屋 <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 木造家屋 <input type="checkbox"/> 軽量鉄骨家屋 <input type="checkbox"/> コンクリート家屋 <input type="checkbox"/> 上階の移動にはエレベーターを使用				

◆記載できない箇所がある場合は、空欄でかまいません。

◆記載後1枚目(市提出用)は危機管理課に返送してください。2枚目は本人控えとして保管をしてください。

西東京市避難行動要支援者個別避難計画

_____年 _____月 _____日作成

私は災害救急対応の目的として、この個人情報、市の避難支援等関係者に提供し、平時の見守り及び救急災害時の支援活動等に活用することに同意します。

本人署名 _____ 代理人署名 _____ (続柄: _____)

※同意しない場合は不同意欄にチェックをしてください 不同意 (理由 _____)

氏名	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (年齢 才)	血液型	A・B						
	性別					AB・O						
住所	〒 _____ 西東京市		予定避難先		世帯人数(続柄)							
			① _____ 人		(_____)							
電話番号	自宅	緊急時連絡先	氏名		住所 / 電話番号							
			① _____		住所 _____							
電話番号	携帯	緊急時連絡先	氏名		住所 / 電話番号							
			② _____		住所 _____							
避難支援者	氏名・事業所名		住所		電話番号							
	_____		_____		(_____)							
安否確認者	氏名・事業所名		住所		電話番号							
	_____		_____		(_____)							
<input type="checkbox"/> 避難支援者の選定が困難なため、安否確認者のみ記入 <input type="checkbox"/> 避難支援者と安否確認者が同一												
居宅介護支援事業所・指定特定相談支援事業所名 <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>① _____</td> <td>担当: _____</td> <td>TEL: _____</td> </tr> <tr> <td>② _____</td> <td>担当: _____</td> <td>TEL: _____</td> </tr> </table>							① _____	担当: _____	TEL: _____	② _____	担当: _____	TEL: _____
① _____	担当: _____	TEL: _____										
② _____	担当: _____	TEL: _____										
区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 要介護度 (要支援 _____ ・要介護 _____) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級) ※障害の種別 (_____) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 (_____ 度) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級) <input type="checkbox"/> 難病 (病状等の欄に記入) <input type="checkbox"/> その他 (_____)											
在宅でない場合	<input type="checkbox"/> 現在施設入所中 【施設名 _____ 入所日 _____ 退所予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】 <input type="checkbox"/> 現在市外で生活中 【居住先住所 _____ 帰省予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】											

【本人控え】

移動 <input type="checkbox"/> 自力で動けない <input type="checkbox"/> 自力で動けるが歩行に不安 <input type="checkbox"/> 移動に特に不安はない <input type="checkbox"/> 車椅子(手動・電動)を使用 <input type="checkbox"/> 杖・白杖を使用 <input type="checkbox"/> 担架が必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 移動のサポートが必要【サポート方法: _____ (_____ 人)】 <input type="checkbox"/> ベッド等への移乗のサポートが必要【サポート方法: _____ (_____ 人)】					
コミュニケーションに関すること <input type="checkbox"/> 視覚に不安 <input type="checkbox"/> 聴覚に不安 <input type="checkbox"/> 意思の伝達が困難 <input type="checkbox"/> 指示の理解が困難 <input type="checkbox"/> 不安なし					
使用している医療機器等 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> IVH・TPN(中心静脈栄養) <input type="checkbox"/> 在宅酸素医療 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔等) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱の留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
非常用持ち出し袋・薬保管場所	非常用持ち出し袋の保管場所⇒(_____)				
避難の際の留意事項(持ち物等)	(_____)				
避難施設での留意点	<input type="checkbox"/> 個室が必要 <input type="checkbox"/> ベッドが必要 <input type="checkbox"/> 椅子が必要 <input type="checkbox"/> トイレに配慮が必要 (どのような⇒ _____) <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 食事サポート必要 <input type="checkbox"/> 配膳サポートが必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
医療情報等	病名	_____			
	症状	_____			
	治療内容	_____			
	かかりつけ医療機関・担当医・電話番号	_____			
	①	_____	医師 TEL: _____	(_____)	
	②	_____	医師 TEL: _____	(_____)	
かかりつけ薬局	_____ TEL: _____ (_____)				
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 自分でできる		薬 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん その他 (_____)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食べ物 (_____) <input type="checkbox"/> 薬剤 (_____) <input type="checkbox"/> 動物 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
利用サービス状況	曜日	時間帯	活動場所・支援事業所	電話番号	内容
	月	_____	_____	_____	_____
	火	_____	_____	_____	_____
	水	_____	_____	_____	_____
	木	_____	_____	_____	_____
	金	_____	_____	_____	_____
	土	_____	_____	_____	_____
日	_____	_____	_____	_____	
夜間就寝場所	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		日中居住場所	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
家屋・居住状況	<input type="checkbox"/> 1981年5月31日以前に建てられた家屋 <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 木造家屋 <input type="checkbox"/> 軽量鉄骨家屋 <input type="checkbox"/> コンクリート家屋 <input type="checkbox"/> 上階の移動にはエレベーターを使用				

◆記載できない箇所がある場合は、空欄でかまいません。

◆記載後1枚目(市提出用)は危機管理課に返送してください。2枚目は本人控えとして保管をしてください。

【自助の取組】家具の転倒防止対策をしておきましょう！

□ 非常用持出袋の準備

⇒ 災害時にすぐ持ち出せるように必要なものをまとめたものを玄関口等に置いておきましょう

□ 避難経路・避難方法の確認

⇒ 西東京市浸水ハザードマップ等で、避難支援者と共に避難所までの経路を3経路程確認しておきましょう。
また、避難の際に必要な物や、避難時の連絡方法等を事前に確認しておきましょう

□ 備蓄をしておきましょう

⇒ 自宅が無事な場合は在宅避難をするという選択肢もあります。食料や水、トイレ等の備蓄は3日から1週間分用意しましょう。その他に医療や介護に必要な物品も備えておきましょう。

避難イメージ

大地震発生

緊急地震速報がでたら…
グラッときたら…

身の安全を守る行動を！！ 倒れてくる家具などに注意

避難指示

危険あり

避難広場（小中学校の校庭等）へ

避難広場に危険有

倒壊等により自宅で生活できない

自宅で生活できる

広域避難場所へ

避難所へ

在宅避難
最低3日分の食料・飲料水等の備蓄

※ 注意事項 ※

福祉避難所は必要に応じて二次的に開設されます。発災後すぐには開設されません。

参考 西東京市避難所一覧

	避難所名	所在地	風水害時
(1)	田無小学校	田無町四丁目5番21号	
(2)	柳沢小学校	南町二丁目12番37号	
(3)	田無第一中学校	南町六丁目9番37号	
(4)	田無第三中学校	西原町三丁目4番1号	
(5)	日本文華学園	西原町四丁目5番85号	使用不可
(6)	谷戸小学校	緑町三丁目1番1号	自主避難所
(7)	谷戸第二小学校	谷戸町一丁目17番27号	
(8)	田無第二中学校	北原町二丁目9番1号	
(9)	都立田無工業高等学校	向台町一丁目9番1号	
(10)	向台小学校	向台町二丁目1番1号	自主避難所
(11)	田無第四中学校	向台町二丁目14番9号	
(12)	都立田無高等学校	向台町五丁目4番34号	
(13)	上向台小学校	向台町六丁目7番28号	
(14)	芝久保小学校	芝久保町三丁目7番1号	自主避難所
(15)	けやき小学校	芝久保町五丁目7番1号	使用不可
(16)	武蔵野大学	新町一丁目1番20号	使用不可
(17)	柳沢中学校	柳沢三丁目8番22号	自主避難所
(18)	保谷第二小学校	柳沢四丁目2番11号	
(19)	東伏見小学校	東伏見六丁目1番28号	使用不可
(20)	保谷小学校	保谷町一丁目3番35号	自主避難所
(21)	本町小学校	保谷町一丁目14番23号	
(22)	保谷中学校	保谷町一丁目17番4号	
(23)	碧山小学校	中町五丁目11番4号	使用不可
(24)	明保中学校	東町一丁目1番24号	
(25)	東小学校	東町六丁目2番33号	
(26)	ひばりが丘中学校	ひばりが丘三丁目2番42号	
(27)	住吉小学校	住吉町五丁目2番1号	
(28)	都立保谷高等学校	住吉町五丁目8番23号	使用不可
(29)	中原小学校	ひばりが丘二丁目6番25号	
(30)	栄小学校	栄町二丁目10番9号	
(31)	青嵐中学校	北町二丁目13番17号	
(32)	保谷第一小学校	下保谷一丁目4番4号	自主避難所

□災害発生時の連絡手段は既に決めていらっしゃいますか？

災害が発生すると、被災地に安否確認の電話が集中し繋がりにくくなることがあります。そうした状況下において、最低限の安否確認や居場所を確認するためのサービスが災害伝言ダイヤル171です。是非体験日（毎月1日・15日、正月1月1日～1月3日）、防災週間（8月30日9時～9月5日17時まで）、防災とボランティア週間（1月15日9時～1月21日17時まで）に体験してみてください。

伝言の登録： 171+1+電話番号（市外局番から）

伝言の再生： 171+2+電話番号（市外局番から）

※伝言の録音（登録）等には通話料・通信料がかかる場合があります。必要に応じて通信業者にお問い合わせ下さい。

最新の情報がとても大切です。変更事項があった場合は変更部分を朱書きで記入し更新日に日付を書きましょう。

更新日① 年 月 日 更新日② 年 月 日

市ホームページに書式が掲載されておりますので、修正箇所が多い場合はそちらもご活用ください。

トップページ ⇒ 暮らし・手続き ⇒ いざというときのために ⇒ 防災情報 ⇒ 災害に備えて

※変更事項は危機管理課（042-438-4010）にもご連絡ください。