

京都市避難行動要支援者 個別避難計画

		作成日	年	月	日
作成区分	新規 ・ 更新	作成者	事業所名 () 連絡先 () 氏名 ()		
フリガナ氏名		電話			
		携帯			
住所	京都市	FAX			
		メールアドレス			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別			
利用している 居宅サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問サービス (事業所名) <input type="checkbox"/> 通所サービス (事業所名) <input type="checkbox"/> 短期入所サービス (事業所名)				
介護認定 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 要介護5, <input type="checkbox"/> 要介護4, <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 区分6, <input type="checkbox"/> 区分5, <input type="checkbox"/> 区分4				
同居家族等	いる・いない	氏名 ()	続柄 ()		
		氏名 ()	続柄 ()		
緊急連絡先	フリガナ氏名	電話			
		メールアドレス			
	住所		本人との関係		
	フリガナ氏名	電話			
		メールアドレス			
住所		本人との関係			
ハザード の状況	水害	<input type="checkbox"/> 浸水想定 m <input type="checkbox"/> その他 ()			
	土砂災害	<input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域			
災害時に 配慮しなくては ならない事項	<input type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難 <input type="checkbox"/> 音が聞こえない (聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない (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"/> 危険なことが判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 医療的ケア (酸素 インシュリン 透析 その他 ())				
あてはまるもの すべてに <input checked="" type="checkbox"/>	【特記事項】				
必要な持ち物	薬 () その他 ()				

