

宮古市避難行動要支援者名簿登録申請書 兼 個別避難計画

宮古市長 様

私(申請者)は、災害時に地域の避難支援を受けたいので、避難行動要支援者登録名簿への登録を申し込みます。名簿登録により、私の氏名、生年月日、性別、住所、家族等の緊急連絡先、医療・介護・障がい情報等の個人情報を、避難支援等関係者(自治会・民生委員・自主防災組織・消防分団・警察署・消防署・社会福祉協議会・福祉専門職等)に提供することを承諾します。

私(申請者)は、名簿登録により避難支援等関係者から災害時の避難支援が必ず受けられることを保証するものではないこと、また避難支援等関係者は自身の安全確保を優先した上で、あくまで可能な範囲において、申請者に対する避難支援を行うものであり、法的な責任や義務を負うものではないことについても承諾します。

申請日: 年 月 日

初回申請日	情報更新日	直近確認日
↑福祉課記載	↑福祉課記載	↑福祉課記載

1 申請者(災害時に支援が必要な方)

フリガナ		昭和・平成・令和
氏名	男・女	生年月日 年 月 日( 歳)
		血液型 A・B・O・AB型 RH(+・-)
住所	宮古市	
携帯電話	自宅電話	FAX
代筆者	関係(続柄)	携帯電話等
		住所

2 災害時の支援について

(1) 災害時に支援を受けたい内容(申請者が避難支援者から受けたい支援内容)

避難するときの移動を手伝ってほしい。  
 ※普段の移動方法 杖・シルバーカー・車いす・担架、ストレッチャー・その他( )

避難情報等(高齢者等避難・避難指示等、避難場所等)を知らせてほしい(安否確認含む)

その他( )

(2) 支援を受けたい災害等(支援を受けたい時) ※複数選択可

津波  洪水(大雨)  土砂災害(大雨)  その他( )

備考(※災害の状況など )

3 身体の状態

<input type="checkbox"/> 要介護者(要介護 要支援 )	<input type="checkbox"/> 難病者(特定疾病) 病名:
<input type="checkbox"/> 身体障害者(身体障害者手帳 種 級) 肢体・聴覚・視覚・内部 人工透析・ペースメーカー・人工肛門	<input type="checkbox"/> 医療的ケア児・者 ※詳細は、別添「様式3」とおり 人工呼吸器・在宅酸素・気管切開・喀痰吸引・胃ろう腸ろう・経鼻胃管・その他( )
<input type="checkbox"/> 知的障害者(療育手帳 A・B )	
<input type="checkbox"/> 精神障害者(精神障害者保健福祉手帳 級)	<input type="checkbox"/> その他( )

4 世帯・住まいの状況

家族構成	<input type="checkbox"/> 単身世帯	※世帯人数	住まいの状況 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	構造	造 階建
	<input type="checkbox"/> 要支援者のみ世帯			主に過ごす場所	階
	<input type="checkbox"/> 同居家族あり世帯 ※			寝室(自室)	階
災害の危険性(ハザードマップ該当状況)		<input type="checkbox"/> 津波浸水 <input type="checkbox"/> 洪水浸水 <input type="checkbox"/> 土砂災害			

5 避難所等

避難先	<input type="checkbox"/> 最寄りの指定避難所・避難場所( )	<input type="checkbox"/> 自宅(在宅避難、垂直避難)
	<input type="checkbox"/> その他( )	備考( )

※災害が起きた時、自宅で自身の安全が確保でき、自宅で避難生活を送ることを「在宅避難」と言います。2階以上に避難し、浸水から身を守ることを「垂直避難」と言います。ハザードエリア外に居住の場合または2階以上は浸水範囲外の場合などの時も、自宅2階以上にて在宅避難が可能です。避難所・避難場所に行くことだけが避難ではありません。

6 避難時や避難所での生活時に、配慮を必要とする事項

必要な用具等	
携行医薬品、医療機器等	
その他配慮が必要な事項 (アレルギー、持病、障がい等)	

7 その他特記事項

--

8 避難支援者(家族・親族、知人、地域住民または地域団体等で、災害時に支援する方) ※了解を得た上で、必ず記入

氏名		住所			
		携帯電話		自宅電話	
関係		避難先までの移動手段			

氏名		住所			
		携帯電話		自宅電話	
関係		避難先までの移動手段			

9 緊急時の連絡先 ※必ず記入

氏名		住所			
		携帯電話		自宅電話	
関係		備考			

氏名		住所			
		携帯電話		自宅電話	
関係		備考			

10 地域関係者

区分	団体・地区名称	役職・氏名等	携帯電話等
町内会等			
自主防災組織			
消防分団	分団		
民生委員	地区		

11 福祉サービスの状況(介護・障がい・その他自費サービス:宅配、ボランティア等)

介護支援専門員(ケアマネ) 相談支援専門員	事業所名		電話
	担当者名		
サービスの種別	事業所名	電話	利用状況・頻度等

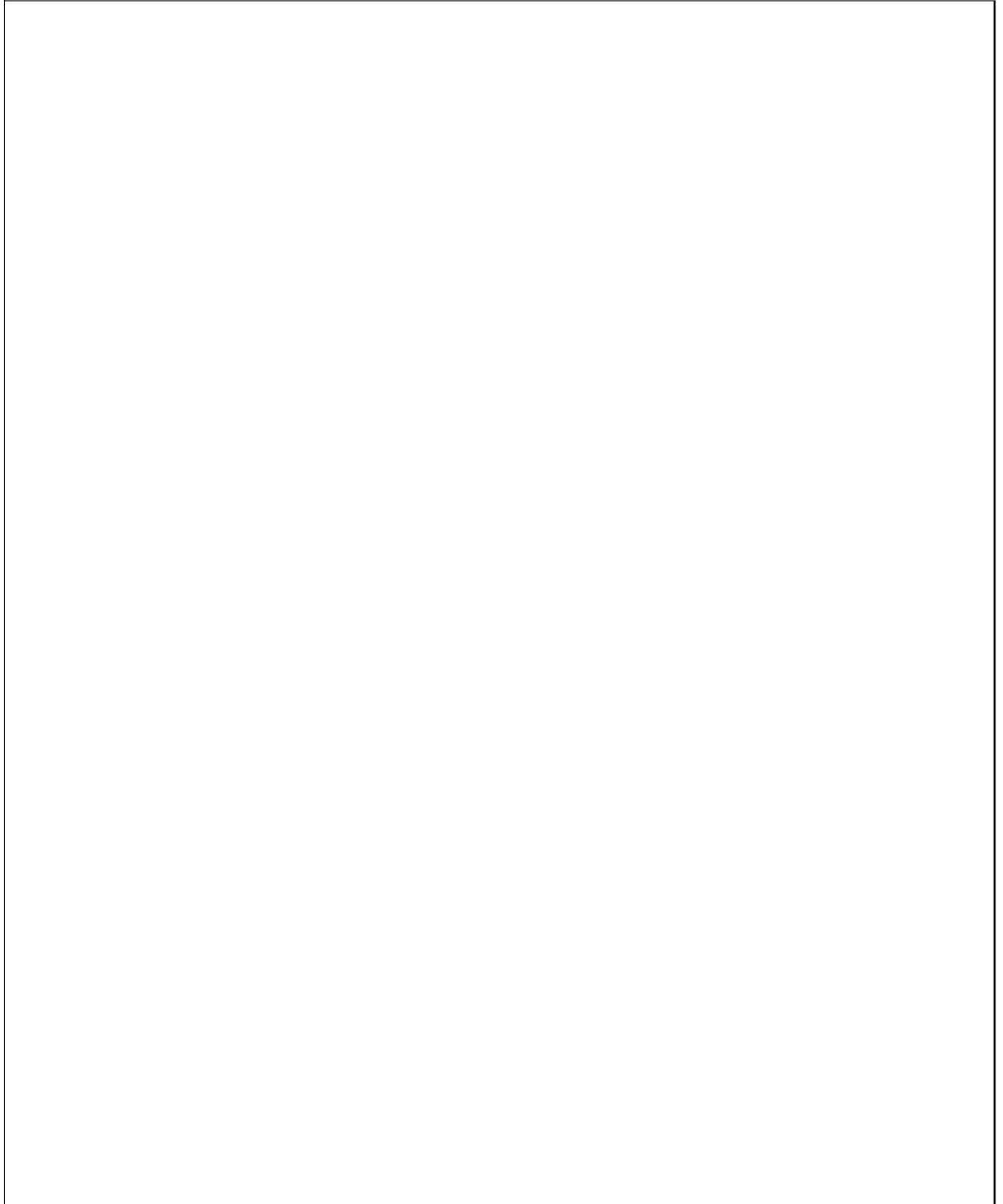
12 かかりつけ医療機関

医療機関 受診科名		電話	既往歴等
		電話	既往歴等
		電話	既往歴等
		電話	既往歴等

13 位置図

氏名:

住所:



医療的ケア情報一覧 (氏名 )

この様式は、災害時に初めて対応する医療関係者に伝えたい情報をまとめたものです。

年 月 日現在

かかりつけ医療機関	病院名・受診科名:	担当医名:
人工呼吸器	・人工呼吸器タイプ <input type="checkbox"/> 気管切開式人工呼吸(TPPV) <input type="checkbox"/> 侵襲的陽圧換気(IPPV) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) ・機種名 ( ) ) ・会社名 ( ) TEL ( ) ) ・換気モード <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> PC-SIMV <input type="checkbox"/> 従圧式 ・1回換気量 ( /回) ・呼吸回数 ( 回/分) ・吸気時間 ( 秒) ・装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) ・バッテリー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 内部バッテリー ( 時間) <input type="checkbox"/> 予備バッテリー ( 時間) <input type="checkbox"/> 無	
酸素	<input type="checkbox"/> あり( L/分) <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> なし	
気管切開	・カニューレ 製品名( ) サイズ( ) ・カフ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・カフエア量 ( ml) ・咽頭気管分離術 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> なし	
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> サイドチューブ <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内	
栄養・水分	・摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 ・チューブ 種類( ) サイズ( ) ) ・栄養製品 名称( ) ) ・1日の必要総カロリー ( Kcal) ・1日の必要水分量 ( ml)	
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他( ) )	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置(機種 ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )	
	Yes/Noのサイン(具体的に記載) ( ) )	
非常用電源	<input type="checkbox"/> 発電機 (ガソリン型・カセットボンベ型) ( 時間) <input type="checkbox"/> 蓄電池 ( 時間) <input type="checkbox"/> ポータブル電源 ( 時間) <input type="checkbox"/> カーインバーター (シガーソケット給電) ( 時間) <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
その他 特記事項		