

さいたま市個別避難支援プラン

関係機関への情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり
------------	--

作成日：令和 6年 9月 1日

避難行動要支援者の情報	フリガナ	サイタマ タロウ				生年月日	西暦 1951 年 5 月 1 日					
	氏名	埼玉 太郎				性別	男		電話番号	048-123-4567		
	住所	さいたま市浦和区常盤6-4-4 301号室				FAX	048-765-4321		携帯電話	090-1234-5678		
						Email	saitamashi@saitamashi.jp					
	同居者	氏名	埼玉 みどり		続柄	配偶者	年齢	75	連絡先	090-8765-4321		
	緊急連絡先	氏名	埼玉 一郎		続柄	子ども	電話番号	098-765-4321				
		Email	saitamaichiro@saitamashi.jp					居住状況	同居			
		要介護認定	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
避難支援を必要とする事由	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		障害者手帳	身体障害	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚		<input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 内部障害		2 級	
		<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			知的障害	級	精神障害	級	その他			
	主な疾患・障害留意事項等	家中では伝い歩き。右上肢欠損。										
	携行医薬品(薬剤名)	降圧剤(薬剤名:○○○)、狭心症薬(薬剤名:○○○)										
	介護・医療機器の利用	外出時は車椅子を利用										
	関係者	ケアマネジャー	事業所名	●●居宅介護支援センター				相談支援専門員	事業所名	●●区障害者支援センター(▲▲)		
			担当者名	●● ●●	連絡先	***-***-***				担当者名	●● ●●	連絡先
		かかりつけ医療機関①	医療機関名	■■クリニック				かかりつけ医療機関②	医療機関名			
主治医			■■ ■■	連絡先	***-***-***				主治医	連絡先		
避難支援者情報	避難支援者①	フリガナ	キタ サクラコ				関係性	自主防災組織		電話番号	***-***-***	
		氏名または名称	北 桜子					Email	kita@saitamashi.jp		FAX	***-***-***
	避難支援者②	住所または居所	さいたま市浦和区▲▲1-2-3				実施可能な支援	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 その他の場合の支援内容				
		フリガナ	カサイ タマオ					関係性	民生委員・児童委員		電話番号	***-***-***
		氏名または名称	河西 玉雄				Email	kasai@saitamashi.jp		FAX	***-***-***	
		住所または居所	さいたま市浦和区▲▲3-2-1 501号室				実施可能な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 その他の場合の支援内容				

※ 個別避難支援プランに掲載されている内容は、避難支援の目的以外には、使用いたしません。

※ 災害時には避難支援者も被災者になり得ます。そのため、本プランによって災害時の支援が必ずしも保証されるものではないことをご理解ください。

災害リスク	洪水浸水想定	<input type="checkbox"/> ~0.5m未満 <input type="checkbox"/> 0.5m~3.0m未満 <input checked="" type="checkbox"/> 3.0m~5.0m未満 <input type="checkbox"/> 5.0m~10.0m未満 <input type="checkbox"/> 10.0m~20.0m未満
	内水浸水想定	<input type="checkbox"/> 0.2~0.3m <input type="checkbox"/> 0.3~0.5m <input type="checkbox"/> 0.5~1.0m <input type="checkbox"/> 1.0~3.0m <input type="checkbox"/> 3.0~5.0m <input type="checkbox"/> 5.0m~
	土砂災害	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域
風水害	避難先	●●小学校
	避難先住所	さいたま市浦和区●●1-23-4
	避難方法	徒歩
	避難のタイミング、避難経路についての留意事項	
	<p>避難のタイミングは、市から警戒レベル3高齢者等避難が発令されたとき。 最短ルートでは低い土地の浸水が想定されるので、北側の大通りまで迂回して避難する。</p>	
避難に関する項目	避難先	●●小学校
	避難先住所	さいたま市中央区●●5-6-7
	避難方法	徒歩
	避難のタイミング、避難経路についての留意事項	
	<p>避難のタイミングは、市内で震度5強以上の地震が発生した場合に、●●小学校が避難場所として開設され、身の回りの安全が確保できたとき。 交差点の手前に段差があるため、車椅子移動の場合には注意が必要。</p>	
災害情報入手にかかる留意事項	耳が少し聞こえづらいので、電話ではなく文章での情報取得が望ましい。	
	外出時は車椅子を使用。右上肢欠損のため、車椅子の移動に介助が必要。	
	車椅子をすぐそばにおいて避難生活を送れるスペース確保が必要と思われる。	