

(注) 裏面あり

横須賀市個別避難計画 (案)

福祉事業者作成様式

作成区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新		作成日	令和 年 月 日				
作成事業所				作成者					
A 本人に関する情報 (必須)	基本情報	ふりがな氏名				生年月日	年 月 日 歳		
		住所	横須賀市			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他		
		メール				電話			
	支援を必要とする事由	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 級 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 級			
		障害支援区分			指定難病医療受給者証	その他			
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> その他						
		視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクト使用 <input type="checkbox"/> 不明						
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 不明						
		生活	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要 <input type="checkbox"/> トイレの介助が必要 <input type="checkbox"/> 入浴の介助が必要						
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		意思疎通	<input type="checkbox"/> 配慮が必要		配慮が必要な行動上の特性、こだわり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
医療福祉情報	かかりつけ医				ケアマネジャー・相談支援専門員				
	医療機関名			主治医			事業所名	担当	
	電話	メール		電話	メール				
	疾患・病歴・服薬・障害名・医療的ケアなど				食事 (アレルギー含む)・トイレ・入浴などの具体的な支援の状況				
特記事項									
B 避難支援に関する情報 (必須)	家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居あり 人世帯 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他)							
	避難支援者 (緊急連絡先を含む)	候補①	ふりがな氏名	本人との関係 (同居・別居)		候補②	ふりがな氏名	本人との関係 (同居・別居)	
		住所				住所			
		電話				電話			
		メール				メール			
		役割	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 ()			役割	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		候補③	ふりがな氏名	本人との関係 (同居・別居)		候補④	ふりがな氏名	本人との関係 (同居・別居)	
		住所				住所			
		電話				電話			
	メール				メール				
役割	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 ()			役割	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				
風水害時の避難先	避難方針						風水害時の避難の必要性 (土砂災害警戒区域内や洪水浸水想定区域内などに居住)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	候補①				候補②				
	移動方法・経路等				移動方法・経路等				
地震時の避難先	避難方針								
	候補①				候補②				
	移動方法・経路等				移動方法・経路等				

福祉サービス、医療サービス及び学校等の利用状況など	事業所名・学校名等	サービスの種類	利用日・利用頻度	所在地	担当者	連絡先		災害時の対応の協議の状況		
						電話				
						メール				
						電話				
						メール				
						電話				
						メール				
						電話				
					メール					
各事業所、学校等との協議の具体的な内容や経過など										
住まいの状況	居住建物	建物の階数	居住階	生活形態		建物の構造	建築年月			
自宅周辺の災害リスク	洪水 (水位)	内水 (浸水深)	高潮 (浸水深)	津波 (浸水深)	土砂災害 (区域)					
防災情報取得のための登録	横須賀市防災情報メールサービス		<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録		横須賀市公式LINEアカウント		<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録			
C 補足情報(任意)	本人の医療的ケアに関する事項(該当者のみ)	医療的ケアの状況	<input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(レスピレータ)の管理 <input type="checkbox"/> 吸入(ネブライザー等) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門・人口膀胱) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()							
		使用している医療機器等	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器(レスピレータ) <input type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> 吸入器(ネブライザー) <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> その他()							
		停電時の医療機器等のバッテリーなどの持続時間の把握	医療機器	把握の有無	把握している持続時間					
			人工呼吸器(レスピレータ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね	時間	(内部バッテリー 概ね	時間	(外部バッテリー 概ね	時間
			たん吸引器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね	時間	(内部バッテリー 概ね	時間	(外部バッテリー 概ね	時間
			酸素濃縮器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね	時間	(内部バッテリー 概ね	時間	(外部バッテリー 概ね	時間
			携帯用酸素ボンベ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	所持	ℓ容器	本(ℓ/分の使用で、1本	時間)
			その他()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね	時間	(内部バッテリー 概ね	時間	(外部バッテリー 概ね	時間
		その他()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね	時間	(内部バッテリー 概ね	時間	(外部バッテリー 概ね	時間	
		停電が長引く場合の対応方法	非常用電源の確保	<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input type="checkbox"/> ポータブル電源(蓄電池) <input type="checkbox"/> DC/ACインバーター(カイパター) <input type="checkbox"/> その他()						
代替手段の確保	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 手動式・足踏み式等の使用時に電源供給を必要としない吸引器 <input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> その他()									
東京電力パワーグリッドへの登録	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録		神奈川県医療的ケア児登録フォーム事業への登録			<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録				
特記事項										

災害時の避難先と経路（地図の貼り付けなど）

別紙

風水害時の避難先	主な避難先		住所	
地震時の避難先	主な避難先		住所	

(注) 裏面あり

横須賀市個別避難計画 (案)

福祉事業者作成様式

作成区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	作成日	令和 ●● 年 ● 月 ● 日								
作成事業所	●●事業所	作成者	●●●●								
基本情報	ふりがな氏名	よこすか たろう 横須賀 太郎	生年月日	平成●● 年 ● 月 ●● 日 13 歳							
	住所	横須賀市 小川町●●番地	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他							
	メール		電話								
A 本人に関する情報 (必須)	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体 1 級 <input checked="" type="checkbox"/> 知的 A1 <input type="checkbox"/> 精神 級							
	障害支援区分		指定難病医療受給者証								
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> その他	その他	小児慢性特定疾病 (脊髄髄膜瘤)							
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクト使用 <input checked="" type="checkbox"/> 不明									
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 不明									
	生活	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 食事の介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> トイレの介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴の介助が必要									
	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 配慮が必要							
医療福祉情報	かかりつけ医		ケアマネジャー・相談支援専門員								
	医療機関名	●●クリニック	主治医	●●医師							
	事業所名	●●相談支援事業所	担当	●●●●							
	疾患・病歴・服薬・障害名・医療的ケアなど	脊髄髄膜瘤 (脊髄の先天奇形)、キアリ奇形 (呼吸や嚥下に障害を認める先天奇形)、水頭症。肢体不自由下肢 1 級、呼吸器機能障害 1 級。人工呼吸器による呼吸管理が必要。酸素濃縮器を使用。胃ろうによる栄養摂取。たんの吸引 (頻回) が必要。	食事 (アレルギー - 含む)・トイレ・入浴などの具体的な支援の状況	食事は胃ろう。トイレはオムツ使用。入浴は、医療的ケアへの配慮が必要のため、2人以上の介助が必要。							
特記事項	体位変換、衣服着脱など、日常生活のすべてに介助が必要。移動の際は、吸引器・人工呼吸器用のワゴンを装着した車いすを使用。どの程度見えているか、聞こえているかは不明であるが、家族等からの働きかけに対して、好き嫌いなど、感情の表出がある。たんの吸引や呼吸管理のため、常時の見守りや介助が必要である。										
B 避難支援に関する情報 (必須)	家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 同居あり 4 人世帯 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他)									
	避難支援者 (緊急連絡先を含む)	候補①	ふりがな氏名	よこすか はなこ 横須賀 花子	本人との関係 (同居・別居)	母 (同居)	候補②	ふりがな氏名	よこすか いちろう 横須賀 一郎	本人との関係 (同居・別居)	祖父 (別居)
		住所	小川町●●番地		住所	日の出町●●番地					
		電話	090 (****)****		電話	090 (****)****					
		メール	*****@*****		メール	*****@*****					
	役割	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		役割	<input type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難支援 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	候補③	ふりがな氏名	●●●●●● ●●●●●●	本人との関係 (同居・別居)	母の友人	候補④	ふりがな氏名	●●●●●● ●●●●●●	本人との関係 (同居・別居)	近隣支援者	
	住所	大津●●丁目●●番●●号		住所	小川町▲▲番地						
電話	090 (****)****		電話	090 (****)****							
メール	*****@*****		メール	*****@*****							
役割	<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 ()		役割	<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 ()							
風水害時の避難先	避難方針	*自宅は、浸水のリスクは低いため、自宅での待避が可能な場合は、停電への備えを行ったうえで、在宅避難を最優先とする。 *停電が●時間以上となる場合は、●●● (電源が確保された避難先) へ移動する。		風水害時の避難の必要性 (土砂災害警戒区域内や洪水浸水想定区域内などに居住)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	候補①	●●●●●●●● (避難先・住所・連絡先)		候補②	●●●●●●●● (避難先・住所・連絡先)						
	移動方法・経路等	*****		移動方法・経路等	*****						
地震時の避難先	避難方針	*自宅での待避が可能な場合は、停電への備えを行ったうえで、在宅避難を最優先とする。 *停電が●時間以上となる場合は、●●● (電源が確保された避難先) へ移動する。 *避難生活が長期化する場合は、●●● (あらかじめ受け入れを協議していた避難先) へ移動する。									
	候補①	●●●●●●●● (避難先・住所・連絡先)		候補②	●●●●●●●● (避難先・住所・連絡先)						
	移動方法・経路等	*****		移動方法・経路等	*****						

福祉サービス、医療サービス及び学校等の利用状況など	事業所名・学校名等		サービスの種類	利用日・利用頻度	所在地	担当者	連絡先		災害時の対応の協議の状況		
	●●特別支援学校			週5日(月～金)	●町●丁目●番●号	●●先生	電話 046 (****)**** メール *****@*****	在校時に被災した場合の対応(お迎えなど)について協議済			
	●●●●●事業所		放課後等デイサービス	週3日(月水金)	●町●丁目●番●号	●●●●●	電話 090 (****)**** メール *****@*****	利用時に被災した場合の対応(お迎えなど)について協議済			
	●●●●●事業所		短期入所	月1回程度	●町●丁目●番●号	●●●●●	電話 090 (****)**** メール *****@*****	災害時の受け入れの可能性について協議中			
	●●●●●事業所		移動支援	週3日(月水金の朝のみ)	●町●丁目●番●号	●●●●●	電話 090 (****)**** メール *****@*****	災害時の避難所等への移送(条件付き)について協議中			
	●●訪問看護ステーション		訪問看護	週2日(火木)	●町●丁目●番●号	●●●●●	電話 090 (****)**** メール *****@*****	災害時の情報提供と相談受付について協議済			
	●●●●●事業所		相談支援	3か月に1回及び随時	●町●丁目●番●号	●●●●●	電話 090 (****)**** メール *****@*****	災害時の情報提供と相談受付について協議済			
各事業所、学校等との協議の具体的な内容や経過など		<p>学校や放課後等デイサービスについては、風水害が見込まれる日は利用しない。利用時に地震を被災した場合は、家族等の迎えがあるまで、本人を預かってもらう(状況によっては、宿泊可)。</p> <p>訪問看護ステーションと相談支援事業所については、被災情報や避難先の情報提供を受けるとともに、緊急時の対応についての相談先となり、医療機関や行政等との調整役となってもらう。</p> <p>移動支援事業所については、家族が本人の送迎をできない場合、避難先への送迎を可能か限り行ってもらう。</p>									
住まいの状況	居住建物		建物の階数	居住階	生活形態		建物の構造		建築年月		
	マンション		4階建て以上	2階	家族と同居		鉄筋コンクリート造		1981年6月以降		
自宅周辺の災害リスク	洪水(水位)	最大0.5m～3.0m未満(1階の床下まで浸水)	内水(浸水深)	1.0m～(床上または軒下まで浸水)	高潮(浸水深)	最大0.3m以上0.5m未満	津波(浸水深)	10.0m～20.0m未満	土砂災害(区域)	土砂災害特別警戒区域(レッドゾーン)[かけ崩れ]	
防災情報取得のための登録	横須賀市防災情報メールサービス			<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録		横須賀市公式LINEアカウント		<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録			
本人の医療的ケアに関する事項(該当者のみ)	医療的ケアの状況		<input checked="" type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器(レスピレータ)の管理 <input type="checkbox"/> 吸入(ネブライザー等) <input checked="" type="checkbox"/> たん吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門・人口膀胱) <input checked="" type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()								
	使用している医療機器等		<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器(レスピレータ) <input checked="" type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> 吸入器(ネブライザー) <input checked="" type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input checked="" type="checkbox"/> その他(加温加湿器、注入ポンプ、酸素ボンベ、SpO2モニター、モニターセンサー)								
	停電時の医療機器等のバッテリーなどの持続時間の把握		医療機器	把握の有無	把握している持続時間						
			人工呼吸器(レスピレータ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね ● 時間	(内部バッテリー 概ね ● 時間) (外部バッテリー 概ね ● 時間)					
			たん吸引器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね ● 時間	(内部バッテリー 概ね ● 時間) (外部バッテリー 概ね ● 時間)					
			酸素濃縮器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね ● 時間	(内部バッテリー 概ね ● 時間) (外部バッテリー 概ね ● 時間)					
			携帯用酸素ボンベ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	所持	1.1 ℓ容器 ● 本 (● ℓ/分の使用で、1本 ● 時間) 2.1 ℓ容器 ● 本 (● ℓ/分の使用で、1本 ● 時間)					
その他(注入ポンプ)			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね ● 時間	(内部バッテリー 概ね ● 時間) (外部バッテリー 概ね ● 時間)						
その他()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	合計 概ね ● 時間	(内部バッテリー 概ね ● 時間) (外部バッテリー 概ね ● 時間)								
停電が長引く場合の対応方法		非常用電源の確保	<input checked="" type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル電源(蓄電池) <input checked="" type="checkbox"/> DC/ACインバーター(カイバ-ター) <input type="checkbox"/> その他()								
		代替手段の確保	<input checked="" type="checkbox"/> 蘇生バッグ <input checked="" type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input checked="" type="checkbox"/> 手動式・足踏み式等の使用時に電源供給を必要としない吸引器 <input checked="" type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> その他()								
東京電力パワーグリッドへの登録		<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録		神奈川県医療的ケア児登録フォーム事業への登録		<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録					
特記事項	<p>*自宅の車は、車いすごと乗り降りができる福祉車両に改造している。長時間の停電に備えるため、カーインバーターにより、車から電源を供給できるようにしている。</p> <p>*日頃から、●日間程度の医療的ケア用品やその他の備蓄物品を準備し、自宅での待避(在宅避難)を数日間行える体制を十分に準備しておく。</p> <p>*人工呼吸器や電気式たん吸引器が使用できなくなることに備えて、バッグバルブマスクや手動式たん吸引器の使用の訓練を十分に行っておく。</p>										

C 補足情報(任意)

災害時の備蓄物品・非常時の持ち出し物品等

別紙

在宅避難（自宅での待避）の場合	在宅避難における備蓄物品等の量の目安	最低3日 ⇒ 発災72時間は人命救助が最優先のため、在宅避難者は[自助]で対応 できれば7日 ⇒ 大規模災害時は支援が行き届かないため、初期1週間は[自助+共助]で対応 可能なら14日 ⇒ 影響の大きな災害への対応として、可能なら2週間分を備蓄していると安心
	持病の薬・医療材料・衛生材料	<input type="checkbox"/> 最低3日分を確保 <input type="checkbox"/> 1週間分程度を確保 <input checked="" type="checkbox"/> 2週間分程度を確保 <input checked="" type="checkbox"/> その他（災害時に入手困難な医療材料を使用しているため、余分に2週間分程度を確保している）
	非常用電源の確保	<input checked="" type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル電源（蓄電池） <input type="checkbox"/> DC/ACインバーター（カーボン） <input checked="" type="checkbox"/> 乾電池（LEDライト、ラジオ、モバイルバッテリーなど、使用する機器の電池の種類を「単3」などに統一すると便利） <input checked="" type="checkbox"/> その他（災害時の給電のため、自家用車を給電機能のあるハイブリットカーにしている。）
	調理器具の確保	<input checked="" type="checkbox"/> カセットガスコンロ 1台 <input checked="" type="checkbox"/> カセットボンベ 24本 <input type="checkbox"/> その他（
	ゴミ袋等の確保	<input checked="" type="checkbox"/> ゴミ袋 200枚 <input checked="" type="checkbox"/> 防臭袋 200枚 <input type="checkbox"/> その他（
	飲料水・水の確保	1日×1名×3ℓを目安 <input checked="" type="checkbox"/> ペットボトル水 2ℓ容器 48本 <input checked="" type="checkbox"/> 給水用ポリタンク・給水袋など <input checked="" type="checkbox"/> その他（飲料水は、家族4名で7日分+αを備蓄。医療器具等の洗浄にも使用。）
	食料品の確保 <small>※在宅避難用には安価な日常備蓄品</small>	1日×1名×3食分を目安 <input checked="" type="checkbox"/> レトルト食品（お米） 36食 <input checked="" type="checkbox"/> レトルト食品（おかず） 36食 <input checked="" type="checkbox"/> インスタント食品（カップラーメンなど） 27食 <input checked="" type="checkbox"/> 缶詰 27食 <input checked="" type="checkbox"/> その他（家族3人で、レトルト食品は4日分、インスタント食品・缶詰は3日分を備蓄）
	携帯用トイレ等の確保 <small>※飲料水や食料と同じ日数分を備蓄</small>	1日×1名×5回分を目安 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯用トイレ 105回分 <input checked="" type="checkbox"/> 介護用オムツ 70枚 <input checked="" type="checkbox"/> その他（携帯用トイレは家族3人で7日分、介護用オムツは本人用で2週間分を備蓄）
特記事項	本人は、胃ろうによる栄養摂取のため、栄養剤を2週間程度備蓄。通常の食料品は、家族3人分の備蓄。	
立ち退き避難（自宅外への避難）の場合	物品等の持ち運び方法	小さな避難リュック ⇒ 身を守る装備品や温度・照明を確保する道具をメインに、走って逃げる際に持ち出す 大きな生活用バッグ ⇒ 避難先で生活するための水・食料・着替え・寝具などをメインに、事前避難時等に車等で運ぶ
	個別用品・身体の一部	<input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストーマ装具 <input checked="" type="checkbox"/> 持病の薬 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 介護用品 <input checked="" type="checkbox"/> 生理用品 <input type="checkbox"/> その他（
	医療材料・医療機器等	<input checked="" type="checkbox"/> 各種医療材料 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器（レスピレータ） <input checked="" type="checkbox"/> たん吸引器 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯用酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 吸入器（ネブライザー） <input checked="" type="checkbox"/> その他（蘇生バッグ、手動式のたん吸引器）
	身を守るための装備品	<input checked="" type="checkbox"/> レインウェア上下 <input checked="" type="checkbox"/> LEDヘッドライト <input checked="" type="checkbox"/> 懐中電灯 <input type="checkbox"/> ヘルメット・頭巾 <input checked="" type="checkbox"/> 万能ナイフ <input checked="" type="checkbox"/> 軍手・安全グローブ <input type="checkbox"/> 防犯ブザー <input checked="" type="checkbox"/> 笛 <input type="checkbox"/> その他（
	情報収集の道具	<input checked="" type="checkbox"/> スマートフォン <input checked="" type="checkbox"/> スマホ充電器 <input checked="" type="checkbox"/> 乾電池式スマホ充電器 <input checked="" type="checkbox"/> 予備の乾電池 <input checked="" type="checkbox"/> ラジオ <input checked="" type="checkbox"/> 充電ケーブル <input checked="" type="checkbox"/> ハザードマップ・地図 <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> メモ帳 <input type="checkbox"/> その他（
	着替え・水濡れ対策	<input checked="" type="checkbox"/> タオル大小 <input checked="" type="checkbox"/> 肌着一式 <input checked="" type="checkbox"/> 替えの着替え1回分 <input type="checkbox"/> その他（
	暑さ・寒さ対策の道具	<input checked="" type="checkbox"/> 上着・防寒着 <input checked="" type="checkbox"/> 帽子 <input checked="" type="checkbox"/> 手袋 <input checked="" type="checkbox"/> 厚手の靴下 <input checked="" type="checkbox"/> 使い捨てカイロ <input type="checkbox"/> うちわ・扇子 <input type="checkbox"/> 冷涼タオル <input type="checkbox"/> その他（
	衛生管理の道具・携帯用トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> ウェットティッシュ <input checked="" type="checkbox"/> 歯磨き用品 <input checked="" type="checkbox"/> 除菌スプレー <input checked="" type="checkbox"/> ドライシャンプー <input checked="" type="checkbox"/> マスク <input checked="" type="checkbox"/> 携帯用（非常用）トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 介護用オムツ <input checked="" type="checkbox"/> 生理用品 <input checked="" type="checkbox"/> トイレットペーパー <input type="checkbox"/> その他（
	寝具・プライバシー確保の道具	<input checked="" type="checkbox"/> 寝具（寝袋・圧縮毛布） <input checked="" type="checkbox"/> 簡易エアマット <input checked="" type="checkbox"/> アルミブランケット <input checked="" type="checkbox"/> レジャーシート <input checked="" type="checkbox"/> アイマスク <input checked="" type="checkbox"/> 耳栓 <input checked="" type="checkbox"/> エア枕 <input type="checkbox"/> その他（
	生活用品・日用品	<input checked="" type="checkbox"/> ランタン <input checked="" type="checkbox"/> 室内用スリッパ <input checked="" type="checkbox"/> 各サイズのビニール袋 <input type="checkbox"/> 裁縫セット <input checked="" type="checkbox"/> トートバッグ <input type="checkbox"/> その他（
	飲料水と食料品 <small>※避難所生活用には便利な非常食</small>	<input checked="" type="checkbox"/> ペットボトル水 <input checked="" type="checkbox"/> 常温でそのまま食べられる非常食 <input checked="" type="checkbox"/> ゼリー飲料 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養補助食品 <input checked="" type="checkbox"/> 割りばし <input checked="" type="checkbox"/> 紙皿 <input type="checkbox"/> その他（
	応急手当の道具	<input checked="" type="checkbox"/> ばんそうこう <input checked="" type="checkbox"/> 傷パッド <input checked="" type="checkbox"/> 消毒薬 <input checked="" type="checkbox"/> 包帯 <input checked="" type="checkbox"/> 常備薬 <input type="checkbox"/> その他（
	現金・貴重品	<input checked="" type="checkbox"/> 現金（小銭・千円札を多めに） <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証・医療受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行の通帳・印鑑 <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input checked="" type="checkbox"/> 家や車のカギ <input type="checkbox"/> その他（
特記事項	在宅避難の継続が難しい場合（避難生活が長期化する場合など）は、本人と家族（4人全員）が、●●●特別支援学校（あらかじめ受け入れを協議していた福祉避難所）へ自家用車で避難する。	

風水害時の避難先	主な避難先		住所	
	<p>「主な避難先」までの経路が分かるような文章を具体的に記載するか、経路を記載した</p>			
地震時の避難先	主な避難先		住所	
	<p>「主な避難先」までの経路が分かるような文章を具体的に記載するか、経路を記載した</p>			