

～急病・災害時における救急隊員や地域の支援者への情報提供カードです～

| | | | | | | |
|-----------|-------------|-----|-------------|--------|-----|-----------|
| 本人の 情報 | フリガナ 氏 名 | | | 担当民生委員 | 自治会 | |
| | 生年月日 | | | | 血液型 | A・B・O・AB |
| | 住所 又は居所 | | | | 性別 | 男性・女性・その他 |
| | 電話番号 | () | 携帯番号 | () | | |
| | FAX | () | メール アドレス | | | |

| | | | | | | |
|-------------|---|-------------|--|--|--------------|------------|
| 緊急時の 連絡先 | ① | フリガナ 氏 名 | | | 電話番号 携帯番号 | () () |
| | | 住所 | | | | 本人との関係 |
| | ② | フリガナ 氏 名 | | | 電話番号 携帯番号 | () () |
| | | 住所 | | | | 本人との関係 |

医療に関する情報

※記入欄が足りない場合は別紙等に記載してください

| | | | | |
|-----------------|--|--------|------------|----|
| 治療中及び過去の病名 | | 手術歴 | かかりつけ病院・医師 | |
| 治療中・過去 | | 年 月頃 | 病院 | 先生 |
| 治療中・過去 | | 年 月頃 | 病院 | 先生 |
| アレルギー対応（食物・薬品等） | | 無・有（) | | |

※このカードを自宅で保管する際は、「お薬手帳」のコピーを備えてください

ご近所・支援機関等（普段親しくしている・支援を受けている等）

| | | |
|--------------|-------------|------|
| 名前・事業所名（担当者） | 関係性 | 電話番号 |
| | ご近所・事業所・その他 | () |
| | ご近所・事業所・その他 | () |

伝えたいこと（災害時の配慮事項・特別な医療行為等）

| |
|--|
| |
|--|

病歴・お薬・緊急時の連絡先等の大事な情報は、定期的な更新を

災害時の避難について※避難支援が必要な方のみ、避難支援等実施者の了承を得た上で記入してください

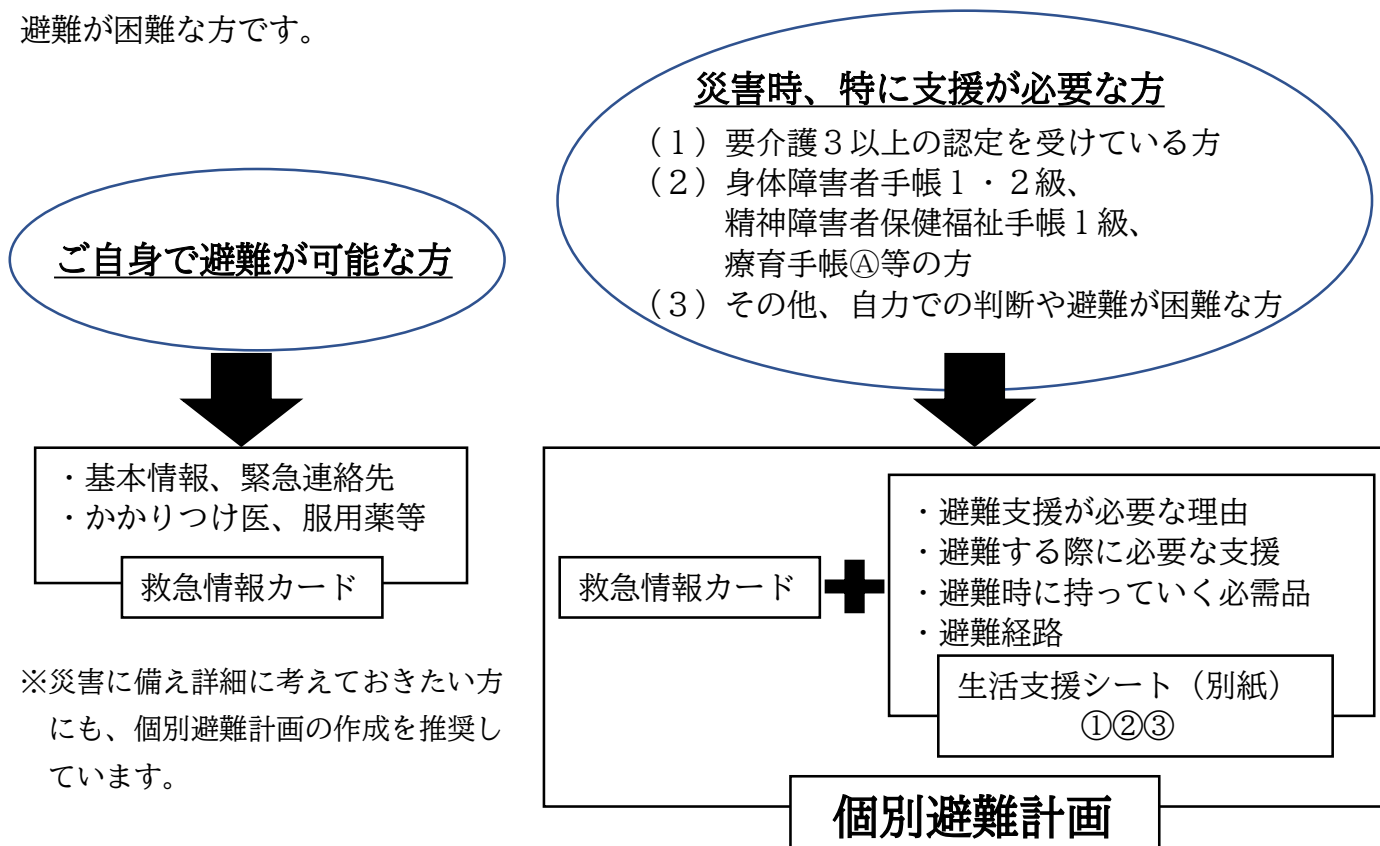
| | | | | |
|--------------------------|---|--|--------|----|
| 避難 支援 等 実施 者 | ① | フリガナ 氏 名 | 本人との関係 | 住所 |
| | | 〈支援方法〉 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難誘導 | | |
| | ② | フリガナ 氏 名 | 本人との関係 | 住所 |
| | | 〈支援方法〉 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難誘導 | | |

| | | | | |
|---------|------|-------------------------------------|----------|-------------------------------|
| 避難 先 | 水害 | <input type="checkbox"/> 避難所 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> 在宅避難 |
| | | <input type="checkbox"/> 親族・知人宅 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> その他 |
| | 地震 | <input type="checkbox"/> 避難所 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> 在宅避難 |
| | | <input type="checkbox"/> 親族・知人宅 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> その他 |
| 自宅所在地 | 浸水想定 | 無・有 (~ m) | 土砂災害 | 無・警戒区域・特別警戒区域 |

個別避難計画について

救急情報カードに加えて、災害時に備えて、避難時や避難所での生活に際し配慮してほしいことなどをあらかじめ記載しておく生活支援シート（別紙）を合わせたものです。

作成対象者は、災害時、特に支援が必要な要介護認定や障害をお持ちの方・自力での判断や避難が困難な方です。



※災害に備え詳細に考えておきたい方にも、個別避難計画の作成を推奨しています。

(参考)マイ・タイムラインー災害時に備えて事前にとるべき行動を決めておきましょうー

| | | |
|--------------------|--|--|
| 平時の備え | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害時に必要な水、食料品・日用品等を常に1週間分以上備蓄する ・ 1週間分の薬の用意 | |
| 警戒レベル1 | <ul style="list-style-type: none"> ・ テレビ、ラジオ、インターネットなどで大雨の情報を収集する ・ 避難支援等実施者と、避難行動・避難先の確認をする | |
| | 自宅外避難の場合 | 在宅避難の場合 |
| 警戒レベル2 (注意報・警報) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 持ち出し品（食料、水、薬や眼鏡等の日用品、お薬手帳、本カード、貴重品等）の確認と補充 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な物資（食料等）のストックの確認と補充 |
| 警戒レベル3 (高齢者等避難) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 避難先への移手段などを避難支援等実施者と確認する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅避難することを避難支援等実施者と共有しておく |
| 警戒レベル4 (避難指示) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 避難支援等実施者と連絡し、避難所の開設状況を確認して避難を開始する | <ul style="list-style-type: none"> ・ テレビ、ラジオ、インターネットなどで情報収集 ・ 避難支援等実施者が安否確認できるよう、連絡が取れるようにしておく |
| 警戒レベル5 (緊急安全確保) | <ul style="list-style-type: none"> ・ まだ避難が完了していない場合には、直ちに避難する | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 既に災害が発生している状況 ・ 命を守るための最善の行動をとる | |

(問い合わせ先) 流山市役所 健康福祉部 福祉政策課

電話：04-7196-6605 (直通) FAX：04-7159-5055

Mail：hokenfukushi@city.nagareyama.chiba.jp

～急病・災害時における救急隊員や地域の支援者への情報提供カードです～

| | | | | | |
|-----------|------------|--------------|-------------|--------|-----------|
| 本人の 情報 | フリガナ 氏名 | プレプリント | | 担当民生委員 | 自治会 |
| | 生年月日 | プレプリント（西暦表記） | | 血液型 | A・B・O・AB |
| | 住所 又は居所 | プレプリント | | 性別 | 男性・女性・その他 |
| | 電話番号 | () | 携帯番号 | () | |
| | FAX | () | メール アドレス | | |

| | | | | | |
|-------------|---|------------|--------------|------------|--------|
| 緊急時の 連絡先 | ① | フリガナ 氏名 | 電話番号 携帯番号 | () () | 本人との関係 |
| | | 住所 | | | |
| | ② | フリガナ 氏名 | 電話番号 携帯番号 | () () | 本人との関係 |
| | | 住所 | | | |

医療に関する情報

※記入欄が足りない場合は別紙等に記載してください

| | | | | |
|-----------------|--|--------|------------|----|
| 治療中及び過去の病名 | | 手術歴 | かかりつけ病院・医師 | |
| 治療中・過去 | | 年 月頃 | 病院 | 先生 |
| 治療中・過去 | | 年 月頃 | 病院 | 先生 |
| アレルギー対応（食物・薬品等） | | 無・有（) | | |

※このカードを自宅で保管する際は、「お薬手帳」のコピーを備えてください

ご近所・支援機関等（普段親しくしている・支援を受けている等）

| | | |
|--------------|-------------|------|
| 名前・事業所名（担当者） | 関係性 | 電話番号 |
| | ご近所・事業所・その他 | () |
| | ご近所・事業所・その他 | () |

伝えたいこと（災害時の配慮事項・特別な医療行為等）

| |
|--|
| |
|--|

病歴・お薬・緊急時の連絡先等の大事な情報は、定期的な更新を

災害時の避難について※避難支援が必要な方のみ、避難支援等実施者の了承を得た上で記入してください

| | | | | |
|--------------------------|---|--|--------|----|
| 避難 支援 等 実施 者 | ① | フリガナ 氏名 | 本人との関係 | 住所 |
| | | 〈支援方法〉 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難誘導 | | |
| | ② | フリガナ 氏名 | 本人との関係 | 住所 |
| | | 〈支援方法〉 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難誘導 | | |

| | | | | |
|---------|------|-------------------------------------|----------|-------------------------------|
| 避難 先 | 水害 | <input type="checkbox"/> 避難所 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> 在宅避難 |
| | | <input type="checkbox"/> 親族・知人宅 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> その他 |
| | 地震 | <input type="checkbox"/> 避難所 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> 在宅避難 |
| | | <input type="checkbox"/> 親族・知人宅 () | 移手段: () | <input type="checkbox"/> その他 |
| 自宅所在地 | 浸水想定 | 無・有 (~ m) | 土砂災害 | 無・警戒区域・特別警戒区域 |