

災害時等支援情報

作成日 年 月 日 記載者

更新日 年 月 日 記載者

この情報は、災害や救急時に救急隊や医療・福祉関係者が活用します。

災害避難時に「救急医療情報キット」と共に持参してください。

お名前 あなたの避難先は です。

【1】福祉関係などの情報

利用している 制度はありま すか？	介護保険の認定	なし ・ あり →（介護度： ）
	障がい者手帳	なし ・ あり →（種 別： 身体 ・ 療育 ・ 精神 ）
	利用中のサービス	ヘルパー・通所サービス・ショートステイ・その他（ ）
主介護者はど なたですか？	（続柄） 連絡先	
まちぐるみ支援制度の個別計画の有無		あり ・ なし ・ わからない

※まちぐるみ支援制度とは、地域で「避難行動要支援者」への平常時の声かけや見守り活動、災害発生時の避難支援等を行う制度です。

【2】心身の状態（配慮が必要なこと）

食 事	食事制限	： なし ・ あり（内容 ）
	アレルギー	： なし ・ あり（内容 ）
	水分制限	： なし ・ あり（内容 ）
	食事形態	： 普通食・軟飯・刻み食・ペースト食・注入食・その他（ ）
義歯の有無	なし ・ 一部（ ） ・ 総義歯	
おむつ等の使用	なし ・ あり（ 紙パンツ ・ 尿取りパット ・ おむつ ）	
そ の 他	※移動方法や意思伝達手段、発作の有無（内容・頻度）などを記載してください。	

【3】医療処置内容

医療処置内容	人工呼吸器 ・ 吸引 ・ 気管切開 ・ 在宅酸素 ・ 胃ろう ・ 人工透析
※ 該当に○	インスリン注射 ・ ペースメーカー ・ 褥瘡 ・ その他（ ）
備 考	※具体的な処置内容や内服薬などの詳細な状態を記載してください。

地震など突然の災害で通話が困難な場合は災害伝言ダイヤル171を使用することで、家族などと伝言で連絡をとることができます。