

ケアマネジメントサポートネットワーク富山 災害時避難行動手順書 Ver1.3

2023年10月01日現在

居宅介護支援事業所名	:	_____
担当ケアマネジャー名	:	_____ 連絡先: _____
ケアマネジメントサポーター (副ケアマネジャー)	:	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
副ケアマネジャー名	:	_____ 連絡先: _____

お名前 _____ 様

ご住所 _____ 電話 _____

①NTT ・ ②au ・ ③ソフトバンク ・ ④その他 (_____)

緊急連絡先 (1) _____ 電話 _____

(2) _____ 電話 _____

主治医 _____ 電話 _____

医療機器 なし ・ あり (→ 人工呼吸器 吸痰器 在宅酸素 腹膜透析)

器材管理事業者 _____ 電話 _____

医療処置 なし ・ あり (→ 尿カテーテル 胃瘻 点滴 皮膚処置
インスリン注射 その他 _____)

処方薬 なし ・ あり → 保管場所 (_____)

避難先 任意一時避難場所 (_____)
 市指定一次避難所 (_____)
 市の広域避難場所 (_____)

避難手段 独歩 杖 歩行器 車いす ストレッチャー
 その他 (_____)

- 避難協力者 同居家族 (連絡先)
 別居家族 (連絡先)
 知人 (連絡先)
 その他 (連絡先)

富山市避難行動要支援者支援制度登録 あり ・ なし

地域自主防災組織 _____ 電話 _____

民生委員 (_____ 地区) : 氏名 _____ 連絡先 _____

ペットなどの動物同行避難等 なし ・ あり (犬・猫など種別、名前、特徴、頭数など)

具体的な避難手順

特記事項

相談連絡先 : _____

