

個別避難計画検討時のチェックリスト（風水害用）

I. お住まいの災害リスクについて

2021/11/30時点

災害 リス ク	1 あなたのお住まいの洪水による浸水リスクは以下のどれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 5m以上 <input type="checkbox"/> 3～5m未満 <input type="checkbox"/> 0.5～3m未満 <input type="checkbox"/> 0.5m未満 <input type="checkbox"/> 該当なし
	2 あなたのお住まいの内水による浸水リスクは以下のどれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 5m以上 <input type="checkbox"/> 3～5m未満 <input type="checkbox"/> 0.5～3m未満 <input type="checkbox"/> 0.5m未満 <input type="checkbox"/> 該当なし
	3 あなたのお住まいの土砂災害のリスクは以下のどれに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 特別警戒区域内 <input type="checkbox"/> 警戒区域内 <input type="checkbox"/> 該当なし
住 ま い	1 あなたのお住まいは何階建てですか。 <input type="checkbox"/> 3階建て以上 <input type="checkbox"/> 2階建て <input type="checkbox"/> 平屋建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート（ 階）
	2 あなたのお住まいはどのような構造ですか。 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 ※築年数（ 年）

II. 本人の状況について

本 人 の 状 況	1 生活リズム <input type="checkbox"/> 日中①（月・火・水・木・金・土・日） 在宅/自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 日中②（月・火・水・木・金・土・日） 在宅/自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 日中③（月・火・水・木・金・土・日） 在宅/自宅外（ ） <input type="checkbox"/> 夜間 在宅/自宅外（ ）
	2 あなたが在宅時に過ごしているのはどの部屋ですか。 <input type="checkbox"/> 日中①（ 階 ） <input type="checkbox"/> 日中②（ 階 ） <input type="checkbox"/> 夜間（ 階 ）
	3 移動 <input type="checkbox"/> 歩ける ※杖（有/無） ※歩行器（有/無） ※自力での二階移動（可/不可） <input type="checkbox"/> 歩けない ※車椅子（有/無） ※留意点（ ）
	4 意思伝達（自分で助けを呼べるか） <input type="checkbox"/> できる ※電話（可/不可） ※LINE（可/不可） <input type="checkbox"/> できない ※留意点（ ）
	5 コミュニケーション（意思疎通が図れるか） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ※留意点（ ）
	6 危険察知（災害の危険に気づき、行動をとれるか） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ※留意点（ ）
	7 視力 <input type="checkbox"/> 見える ※メガネ（有/無） <input type="checkbox"/> 見えにくい ※メガネ（有/無） <input type="checkbox"/> 見えない
	8 聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる ※補聴器（有/無） <input type="checkbox"/> 聞こえにくい ※補聴器（有/無） <input type="checkbox"/> 聞こえない
	9 食事 <input type="checkbox"/> 介助なしで可 <input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）
	10 排泄 <input type="checkbox"/> 介助なしで可 <input type="checkbox"/> 介助が必要（ ）
	11 医療機器 <input type="checkbox"/> あり（名称： ） <input type="checkbox"/> なし ※使用状況：頻度（常時/時々）、補助電源（有/無）、最大稼働時間（ 分）、発電機（有/無）
	12 上記以外に特に配慮を要すること （ ）
医 療 福 祉 サ ー ビ ス	1 福祉サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 事業所名（ ） 事業所名（ ） 内容（ ） 内容（ ）
	2 担当ケアマネジャー・相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 事業所名（ ） 氏名（ ）
	3 医療機関 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 機関名（ ） 機関名（ ） 内容（ ） 内容（ ）