

別紙4 障害者の避難についての診断カード

氏名			
障害種別	障害名		
	等級		
同居家族の有無	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 無		
本事業所で利用中のサービス			
他事業所で利用中のサービス			
安否確認をしてもらいたい事業所	<input type="checkbox"/> 本事業所	<input type="checkbox"/> 他の事業所	

災害時の対応（サービス利用時間外を想定、またはサービスを利用していない人）

避難方法	避難する場所	<input type="checkbox"/> 決めている	<input type="checkbox"/> 決めていない
	決めている場合具体的な場所		
	人的支援	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要
	必要な場合 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 近隣の人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特に定めていない		
	その他特記事項		
自主防災組織による安否確認	<input type="checkbox"/> 方法が定まっている	<input type="checkbox"/> 方法が定まっていない	
避難後の支援	福祉機器等	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要
	薬	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要
	人的支援	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要
	その他支援	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要
	災害時のサービス事業所との対応方法の取り決め	<input type="checkbox"/> 取り決め 無	<input type="checkbox"/> 取り決め 有

必要な支援について(福祉機器、薬等を具体的に記入)

--