

避難支援の希望調査票（令和7年12月）

この調査票は全部で4ページです。
同封の「避難支援の希望調査へのご協力をお願い」をご確認いただき、ご回答ください。
【回答日】 令和 年 月 日 本人氏名（ ）
【回答する人】 ☐ 本人 ☐ 代理人（氏名： ）

質問1 現在、施設へ入居・入所 または 長期（6か月程度）で入院していますか。

☐ はい

調査終了です。
同封の返信用封筒で返信してください。

☐ いいえ

質問2 へ

質問2 避難情報の入手手段を教えてください。（あてはまるもの全て）

- ☐ テレビ・ラジオ
- ☐ 東広島市防災情報メール
- ☐ 東広島市公式LINE
- ☐ 東広島市公式フェイスブック
- ☐ 防災関連サイト（東広島市公式ホームページなど）
- ☐ 家族・ご近所さんからの連絡
- ☐ その他（ ）

質問3 災害のときに、支援がなくても、自分で避難できますか。
またはご家族などの支援を受けて避難できますか。

☐ はい

右側の「わたしの避難シート」の
「1 避難先」まで記入して調査終了です。
同封の返信用封筒で返信してください。

☐ いいえ

家族以外の方（地域の方など）の支援が
必要である場合は、質問4へ

質問4 災害に備えあなたと連絡がとれない場合の連絡先をご記入ください。

記載された連絡先の情報を避難支援等関係者に共有します。事前に同意を得てください。

氏名（または名称）	電話番号	関係	住所（分かる範囲で）

➡ 右側の「わたしの避難シート」を書ける範囲でお書きください。

わたしの避難シート（個別避難計画）

（ふりがな） 氏 名		性別		生年月日	年 月 日
住 所	〒 東広島市			電話番号	

1 避難先
※警戒レベル3「高齢者等避難」が出たら、安全な場所に避難してください。
お住まいが災害危険区域にある場合：安全な場所にある親族・知人宅や地域の避難所などが考えられます。
お住まいが災害危険区域にない場合：避難所のほか、自宅の安全な場所（2階や山側から遠い部屋など）に移動すること考えられます。

避難場所	<input type="checkbox"/> 自宅の安全な場所 <input type="checkbox"/> 地域の避難所（ ） <input type="checkbox"/> 福祉施設等 <input type="checkbox"/> その他（ ）
避難場所への 移動方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車（本人・親族） <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他（ ）
避難の際に 持参するもの	
特記事項 ※避難先の位置・避難経路（簡易地図）・移動の際の注意点など	

2 避難を支援する方（了承を得た方を記入してください）
※避難支援者は無理のない範囲でご協力をお願いするもので、避難支援について義務や責任を伴うものではありません。

	氏名（ふりがな） （登録者との関係）	住所・電話番号	支援内容
支援者（団体）①	関係：	住所： 電話番号	<input type="checkbox"/> 声かけや情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難先までの移動支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支援者（団体）②	関係：	住所： 電話番号	<input type="checkbox"/> 声かけや情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難先までの移動支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支援者（団体）③	関係：	住所： 電話番号	<input type="checkbox"/> 声かけや情報伝達 <input type="checkbox"/> 避難先までの移動支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）

➡ ウラ面へお進みください。

質問5 「わたしの避難シート」に空欄のある方
書くことが難しい（書かない）理由を教えてください。

- ☐ わたしの避難シートを作成する意思がない
- ☐ 避難先が分からない
- ☐ 避難を支援する人がいない
- ☐ その他（ ）
- 例：同居の家族が就労しているため、時間帯によっては支援する方がいない など

同意欄 以下をお読みいただき、避難支援の希望調査票を地域等と共有することに
同意をお願いします。（質問1、質問3で調査終了した方は必要ありません。）

今回記入いただいた情報を地域等に共有します。

また、未記入の箇所がある場合は、作成のために、避難支援等の関係者があなたの自宅を訪問させていただくことがあります。

■共有するあなたの情報（避難支援に必要な情報）

- ・氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、避難支援が必要な事由
- ・避難支援の希望調査票（わたしの避難シート、実態調査書を含む）

※「わたしの避難シート」の「避難を支援する方」や 質問4などで記載された方の情報も共有するため、事前に同意を得てください。

※自分で避難できる方（質問3で「はい」と回答した方）の情報は、地域で支援に関わる方等へは提供しません。

■あなたの情報を共有する方

- ・住民自治協議会や自治会の方 ・民生委員児童委員 ・消防関係機関 ・東広島警察署
- ・担当ケアマネジャー又は相談支援専門員 ・東広島市社会福祉協議会
- ・あなたの避難を支援する方

地域の避難支援等関係者と情報を共有することにより、災害発生時における避難支援を受けられる可能性は高まりますが、避難支援者自身やその家族などの安全が前提のため、災害時の支援を必ず受けられることを保証するものではありません。また、地域の避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

☐ 上記を確認し、同意します。

→右側の「実態調査書」を書ける範囲でお書きください。

☐ 同意しません。

※同意がない場合は、記入いただいた情報の事前共有ができないため、自助及びご家族で災害に備えていただくこととなりますのでご了承ください。ただし、災害発生時には、災害対策基本法に基づき、避難支援等関係者に対して情報を提供することがあります。

実態調査書

(ふりがな) 氏 名		性別		生年月日	年	月	日
住 所	〒 東広島市			電話番号			
該当要件	<input type="checkbox"/> 要介護（3・4・5） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（㍷・A） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級） <input type="checkbox"/> 障害支援区分（1・2・3・4・5・6） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
身体状況	<input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない・聞こえにくい <input type="checkbox"/> 話すことが難しい <input type="checkbox"/> 医療ケアが必要 <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 目が見えない・見えにくい <input type="checkbox"/> 医師の処方により、飲んでいる薬がある <input type="checkbox"/> その他（ ） 例：酸素吸入器が必須、インシュリン注射が必須、外出に介添えが必要 など						
避難する時に 困ること	<input type="checkbox"/> 気象情報や避難情報の入手 <input type="checkbox"/> 避難先までの移動 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
同居している人	<input type="checkbox"/> あり（ 氏名： 関係： ） <input type="checkbox"/> なし（ ひとり暮らし ）						
自治会等	<input type="checkbox"/> 入っている（ 自治会等の名称： ） <input type="checkbox"/> 入っていない（ <input type="checkbox"/> いまは入っていないが、話を聞いてみたい ）						
交流のある人 (ご近所さん)	①氏名：		関係：				
	②氏名：		関係：				
住まいの状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 いつもいる部屋： <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階） 寝る場所： <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階）						
利用している 医療機関等	かかりつけの病院等		担当者		電話番号		
	ケアマネ事業所、 障がいの相談支援 事業所		担当者		電話番号		
			担当者		電話番号		

➡ 調査終了です。返信用封筒で返信してください。ご協力ありがとうございました。