

No. \_\_\_\_\_

## 北区大規模水害（荒川氾濫）時のマイ・タイムライン

### ■同意について

作成マニュアル P20 に記載の事項について全て同意しました。

同意日： 年 月 日

(本人署名) \_\_\_\_\_ (代理人署名) \_\_\_\_\_

作成（修正）開始年月日 令和 年 月 日

### ① マイ・タイムライン作成者

フリガナ		対象者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人
氏名			<input type="checkbox"/> その他 ( )
住所			
連絡先	(自宅) (FAX) (携帯) (メール)		

### ② 避難支援者（避難支援者が作成者以外の場合）

フリガナ		対象者との関係	<input type="checkbox"/> 家族
氏名			<input type="checkbox"/> その他 ( )
住所			
連絡先	(自宅) (FAX) (携帯) (メール)		

### ③ 作成対象者（避難行動要支援者）の基本情報

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日 ( 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない	
住所	北区	
連絡先	(自宅) (FAX) (携帯) (メール)	
身体状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定 ( 度) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (障害の種類: <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 音声・言語・咀嚼 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 ( 度) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
福祉サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問 ( ) <input type="checkbox"/> 通所 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 利用していない	
介護情報等	相談員等の事業所名: _____ 担当者名: _____ 連絡先: _____	

### ④ 緊急連絡先（避難支援者以外の親族等）

フリガナ		対象者との関係	<input type="checkbox"/> 家族
氏名			<input type="checkbox"/> その他 ( )
住所			
連絡先	(自宅) (FAX) (携帯) (メール)		

### ⑤ 居住・家族情報

住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建て住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅（マンション、アパートなど）		
建物階数	階建て	居住階（就寝階）	階
同居家族	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 ( 人) <input type="checkbox"/> その他 ( 人) <input type="checkbox"/> ペット (犬・猫・その他 ( ))		

### ⑥ 水害リスク情報 ※荒川の浸水想定を洪水ハザードマップで確認します。

最大想定浸水深	<input type="checkbox"/> ~0.5m ( ) <input type="checkbox"/> 0.5~3m ( ) <input type="checkbox"/> 3~5m ( ) <input type="checkbox"/> 5~10m ( ) <input type="checkbox"/> 10~20m ( )		
浸水継続時間	<input type="checkbox"/> 12時間未満 ( ) <input type="checkbox"/> 12時間以上1日間未満 ( ) <input type="checkbox"/> 1日間以上3日未満 ( ) <input type="checkbox"/> 3日間1週間未満 ( ) <input type="checkbox"/> 1週間以上2週間未満 ( ) <input type="checkbox"/> 2週間以上 ( )		
家屋倒壊等氾濫想定区域	<input type="checkbox"/> 該当 (区域内) <input type="checkbox"/> 非該当 (区域外)		

### ⑦ 医療機器装着の有無

非常用電源を必要とする人工呼吸器等の医療機器装着の有無	有 ・ 無
-----------------------------	-------

### ⑧ 非常持出品

避難先への非常持出品	<input type="checkbox"/> 避難先でも必要な医療機器・器具 ( ) <input type="checkbox"/> 常用薬など ( ) <input type="checkbox"/> 衣類関連 ( ) <input type="checkbox"/> 食事関連 (特定の食事や、食事の際に必要なもの等) ( ) <input type="checkbox"/> 救急・衛生関連 ( ) <input type="checkbox"/> 生活関連 (避難先での生活や排泄等に必要なもの等) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 飲食物
------------	---

### ⑨ 特記事項・身体的留意事項等

特記事項・身体的留意事項等	
---------------	--

