防災・救急医療情報キットや防災袋に入れて、
避難するときは必ず持ちだしましょう。

防災手帳

この手帳は、災害が発生して避難するときに、必要なことを記入しています。
災害が発生したときや困っている様子を見かけたら、支援をお願いします。
※この手帳を預かった方は、確認後、本人に返却してください。
私は、身体障害者・知的障害者・精神障害者・聴覚障害者・視覚障害者・内部疾患者・（　　）です。
※該当する箇所に「○」を記入してください

ふりがな	
本人氏名	（男・女）

作成年月日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

住所	武蔵村山市＿＿＿＿丁目＿＿番地＿＿号 （建物名称・室番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿ （電話：　　） （FAX：　　）
居所	武蔵村山市＿＿＿＿丁目＿＿番地＿＿号 （施設名：＿＿＿＿＿＿） （電話：　　） （FAX：　　）
メールアドレス	@
生年月日	年　月　日
要介護認定	要介護　／　要支援
障害の種類	□身体障害者手帳　級 （　　） □愛の手帳　度 （　　） □精神障害者保健福祉手帳　級
難病等	病名：＿＿＿＿＿＿＿＿

関係連絡先

名称	電話・FAX
武蔵村山市役所	電話 042-565-1111（代）
市民総合センター 障害福祉課	電話 042-590-1185
災害用伝言ダイヤル	１７１

災害時の避難方法・配慮してほしいこと

□自力で避難できる
□避難する時に手伝ってくれる方（いる　・　いない）
□避難方法は、
徒歩・杖・車いす・歩行器
その他（　　）
＊災害時は、普通車両の使用はできません。
□避難先で必要な介助
食事・着替え・体位変換・トイレ・おむつ替え・
その他（　　）
□意思の伝達方法
難しい・簡単なことのみ理解できる・問題ない・
コミュニケーションボードが必要・手話
□物が見えにくい・音が聞こえにくい
□その他、避難先で配慮してほしいこと

災害時の避難先

地域避難所	
親族や知人宅	

【介護保険サービス】 ケアマネジャー	事業所名（　　） 電話番号（　　） 担当者（　　）
【障害サービス】 指定相談事業所相談員	事業所名（　　） 電話番号（　　） 担当者（　　）
サービス内容（例：訪問看護、訪問介護、通所施設等）	

【緊急時連絡先】家族・知人・ケアマネジャーなど

ふりがな		私との関係
氏名		
住所	丁目　番地　号 （建物名称・室番号：　　）	
電話・FAX		
ふりがな		私との関係
氏名		
住所	丁目　番地　号 （建物名称・室番号：　　）	
電話・FAX		

安否確認・避難支援していただく方

＊避難支援することについて、承諾を得ている方をご記入ください。

ふりがな		私との関係
氏名		
住所	丁目　番地　号 （建物名称・室番号：　　）	
電話・FAX		
メールアドレス	@	
支援内容	□避難所への同行　□訪問での安否確認 □電話やメール等による安否確認 □その他（　　）	
ふりがな		私との関係
氏名		
住所	丁目　番地　号 （建物名称・室番号：　　）	
電話・FAX		
メールアドレス	@	
支援内容	□避難所への同行　□訪問での安否確認 □電話やメール等による安否確認 □その他（　　）	

【医療情報】

医療機関・薬局	担当医	電話

治療中の病名	治療内容

医療的ケアの有無（該当するものに「○」を記入。）

たんの吸引・胃ろう・経鼻経管栄養・尿カテーテル

ストマ・ペースメーカー・インスリン注射

人工透析（週　回）・その他（　　）

アレルギー　食べ物　□あり（　　）・□なし

薬剤　□あり（　　）・□なし

水や食べ物について注意が必要なこと

例：糖尿病食、腎臓病食、とろみをつける、ミキサー食など

現在服用しているお薬

お薬名	服用回数

※お薬手帳のコピーでも可

発行日　令和７年　月発行

編集・発行

武蔵村山市自立支援協議会・障害者のくらしを考える部会

・武蔵村山市障害福祉課