

平常時

大雨のおそれ

避難開始時期

災害発生

大雨発生の可能性

重大災害の兆候

災害発生のおそれ

災害のおそれの高まり

災害発生

気象・避難情報

警戒レベル1

・早期注意情報

警戒レベル2

・大雨・洪水注意情報等

警戒レベル3

高齢者等避難

・大雨・洪水警報
・氾濫警戒情報等

警戒レベル4

避難指示

・氾濫危険情報等
・土砂災害警戒情報等

警戒レベル5

緊急安全確保

・大雨特別情報
・氾濫発生情報等

我が家の行動

“準備”をはじめ

○洪水ハザードマップの確認

浸水深(計画規模): _____

浸水深(最大想定): _____

早期立退き避難区域 はい いいえ

土砂災害警戒区域 はい いいえ

○避難先・避難方法

避難先①: _____

避難先②: _____

避難方法: _____

避難に要する時間: _____

“避難”をはじめ

高齢者等避難

○高齢者 障がいのある方 妊娠中の方などは避難を始めましょう。

“全員避難”する

○家族全員が速やかに避難所へ避難しましょう。

“避難完了”する

“命を守る最善の行動”

○命を守るための最善の行動をとります。

○避難が完了していない場合、外に避難することが危険な時は2階などへの垂直避難。

避難のポイント

●事前に準備しておくこと

- 避難場所、避難経路の再確認
- 家族の予定を確認
- 窓の施錠、家の周辺の片付け
- 携帯電話の充電
- 避難の服装準備と確認
- 非常用持出品の再確認
-
-
-
-
-
-

●私の避難するタイミング

- 警戒レベル3 発令
- 警戒レベル4 発令

●避難する際の注意点

- 避難場所の開設状況を確認
- 火の元、戸締りの確認
- 避難先を家族に連絡
- 非常用持出袋を持って避難
- 日中の明るい時間に避難
- 雨・風が強くなる前に避難
-
-
-
-

『災害伝言ダイヤル』

171 をダイヤル

伝言を録音するとき **1** 000-000-000 録音する人の番号 → 伝言を入れる

伝言を聞くとき **2** 000-000-000 録音した人の番号 → 伝言を聞く

家族情報 (離れ離れになったときなどに活用)

名前	電話番号	学校・勤務先	その他(必需品、血液型など)

連絡の取り次ぎをしてくれる人(親戚、知人など)

(名前)	(連絡先など)
(名前)	(連絡先など)

非常用持出袋の準備

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 飲料水・食料 | <input type="checkbox"/> 衣服 | <input type="checkbox"/> タオル |
| <input type="checkbox"/> 通帳・印鑑 | <input type="checkbox"/> 現金 | <input type="checkbox"/> 保険証 |
| <input type="checkbox"/> 常備薬 | <input type="checkbox"/> 救急セット | <input type="checkbox"/> 免許証 |
| <input type="checkbox"/> 懐中電灯 | <input type="checkbox"/> ラジオ | <input type="checkbox"/> 充電器 |
| <input type="checkbox"/> マスク | <input type="checkbox"/> 消毒液 | <input type="checkbox"/> 体温計 |
| <input type="checkbox"/> 雨具 | <input type="checkbox"/> 軍手 | <input type="checkbox"/> 毛布 |
| <input type="checkbox"/> メガネ | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |