

①キリトリ線

②やまおり

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

日高市



障がい名・病名 ()
 かかりつけ病院
 所在地
 連絡先
 担当医師名
 服薬 (有・無)

③やまおり

ふりがな
名前
住所
 血液型 (型) 性別 (男・女)
 生年月日 T・S・H 年 月 日

配慮してほしいこと

() が不自由です

人工透析をしています

ペースメーカーを使用しています

ストマ用装具 (尿路・消化器) を使用しています 使用業者 _____

パニックになることがあります
理由 ()

④たにおり

<緊急連絡先>

第1連絡先 (名前) _____ (続柄) _____
 電話 _____

第2連絡先 (名前) _____ (続柄) _____
 電話 _____

第3連絡先 (名前) _____ (続柄) _____
 電話 _____

アレルギーがあります
内容 ()

() 発作があります

コミュニケーションが苦手です

簡単な言葉で説明してください

筆談で伝えてください

手話通訳が必要です

移動の際、介助してください
内容 ()

⑤やまおり

chidakaz2008

手助けが
必ず
必要です

日高市 福祉子ども部
障がい福祉課
TEL 042-989-2111
FAX 042-985-4444

発行

その他、配慮してほしいこと

.....

.....

.....

.....

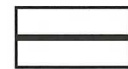
.....

②やまおり

①キリトリ線

ヘルプカードの作り方

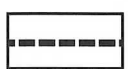
- ①のキリトリ線 (実線) を切る。
- ②から⑤の順に折ってください。



キリトリ線



たにおり



やまおり