|  |  |
| --- | --- |
|  | **＜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**  **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）**    **住所**  **血液型（　型）性別（男・女）**  **生年月日 Ｔ･Ｓ･Ｈ･Ｒ　　年　月　日**  □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（　　　　　　　　　　　　）  **その他、配慮してほしいこと** |
|  | **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（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
|  |  |

②やまおり

①キリトリ線

　⑤やまおり

　④たにおり

　③やまおり

①キリトリ線

②やまおり

**ヘルプカードの作り方**

１　①のキリトリ線（実線）を切る。キリトリ線

２　②から⑤の順に折ってください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　たにおり　やまおり