|  |  |
| --- | --- |
|  | **＜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