

①キリトリ線

②やまおり

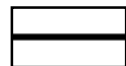
<p>あなたの支援が必要です。</p> <p>ヘルプカード</p>  <p> 日高市</p>	<p>障がい名・病名 ()</p> <p>かかりつけ病院.....</p> <p>所在地.....</p> <p>連絡先.....</p> <p>担当医師名.....</p> <p>服薬 (有・無).....</p>
<p>③やまおり</p> <p>ふりがな 名前</p> <p>住所.....</p> <p>血液型 (型) 性別 (男・女)</p> <p>生年月日 T・S・H・R 年 月 日</p>	<p>配慮してほしいこと</p> <p><input type="checkbox"/> () が不自由です</p> <p><input type="checkbox"/> 人工透析をしています</p> <p><input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用しています</p> <p><input type="checkbox"/> ストマ用装具 (尿路・消化器) を使用しています 使用業者.....</p> <p><input type="checkbox"/> パニックになることがあります 理由 ()</p>
<p>④たにおり</p> <p><緊急連絡先></p> <p>第1連絡先 (名前)..... (続柄).....</p> <p>電話.....</p> <p>第2連絡先 (名前)..... (続柄).....</p> <p>電話.....</p> <p>第3連絡先 (名前)..... (続柄).....</p> <p>電話.....</p>	<p><input type="checkbox"/> アレルギーがあります 内容 ()</p> <p><input type="checkbox"/> () 発作があります</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニケーションが苦手です</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単な言葉で説明してください</p> <p><input type="checkbox"/> 筆談で伝えてください</p> <p><input type="checkbox"/> 手話通訳が必要です</p> <p><input type="checkbox"/> 移動の際、介助してください 内容 ()</p>
<p>⑤やまおり</p>  <p>発行</p> <p>日高市 福祉こども部 障がい福祉課 TEL 042-989-2111 FAX 042-985-4444</p>	<p>その他、配慮してほしいこと</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

②やまおり

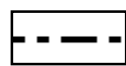
①キリトリ線

ヘルプカードの作り方

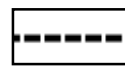
- ①のキリトリ線 (実線) を切る。
- ②から⑤の順に折ってください。



キリトリ線



たにおり



やまおり