あなたの支援が必要です。



障がい名・病名(かかりつけの病院 病院の住所 病院の電話 担当医師名 のかんでいる薬(有・無)

なまえ

(3)

ゃ

ま

お

IJ

(4)

た

に

お

(5)

ゃ

ま

お

IJ

記入日:	年	月	E

名前

じゅうしょ 住所

^{けつえきがた} **血液型(型)**

[緊急連絡先]

nhらくさき 1 (なまえ) **連絡先① (名前)**

電話·FAX

連絡先②(名前)

でんり ふぁっくす **電話・FAX**

連絡先③(名前)

でんり ふぁっくす 電話・FAX

[配慮してほしいこと]

) が**不**首由です \Box (

口人工透析をしています

ロペースメーカーを使用しています

ロストマ開装真(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(

ロアレルギーがあります

内容(

) 発作があります

ロコミュニケーションが苦手です

口簡単な言葉でゆっくり話してください

□筆談で伝えてください

口手話通訳が必要です

口移動の際、介助してください

あなたの手助けが必要です

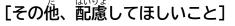
このカードには、障がいのある方などが、 困った時や災害時などの緊急の時に、周り の方からの支援や配慮をお願いしやすくす るために必要な情報を記載しています。無 理のない範囲でのご協力をお願いします。

【発行】

羽生市役所社会福祉課障がい福祉係

048-561-1121 (代表) 話 FAX048-560-3073

②やまおり



①キリトリせん

ヘルプカードの作り方

- ①のキリトリ線(実線・太線)を切ります。
- 2 ②から⑤の順に「やまおり」「たにおり」に折ってください。