

# ヘルプカード

<p>あなたの支援が必要です</p> <p><b>ヘルプカード</b></p> <p> <b>桶川市</b></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>病名・障害名(.....)</p> <p>服薬(有・無).....</p>
<p>記入年月日( 年 月 日)</p> <p><b>氏名</b>.....</p> <p>住所.....</p> <p>生年月日 T・S・H 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"/>パニックになることがあります。</p> <p>※理由(.....)</p> <p>※落ち着くには(.....)</p>
<p>第1連絡先(.....)</p> <p>(電話・携帯).....</p> <p>第2連絡先(.....)</p> <p>(電話・携帯).....</p> <p>第3連絡先(.....)</p> <p>(電話・携帯).....</p> <p>災害時の家族の集合場所</p> <p>(.....)</p>	<p><input type="checkbox"/>アレルギーがあります。</p> <p>※内容(.....)</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"/>移動の際は介助してください。</p> <p>※内容(.....)</p>
<p>桶川市役所 障害福祉課 048-786-3211</p> <p>カードの中心を確認してください。</p>  <p>あなたの支援が必要です。</p> 	<p><input type="checkbox"/>その他配慮してほしいことが次のとおりあります。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>