

ヘルプカード記入例 (すべて記入する必要はありません)

↓ ①切り取り線

↓ ②やまおり

あなたの支援が必要です

ヘルプカード



かかりつけ病院 ○○クリニック

所在地 ○○市○○1-1-1

連絡先 048-○○○-○○○○

担当医師名 ○○医師

病名・障害名(腎不全)

服薬(有・無) ○○○○○○

記入年月日(平成○○年 ○月 ○日)

氏名 桶川 太郎

住所 桶川市上日出谷936-1

生年月日 T・◎・H ○○年 ○月 ○日

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。
- パニックになることがあります。
- ※理由()
- ※落ち着くには()

第1連絡先(桶川 花子)
(電話・携帯) 048-786-3211

第2連絡先()
(電話・携帯) - -

第3連絡先()
(電話・携帯) - -

災害時の家族の集合場所
()

- アレルギーがあります。
- ※内容()
- 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。
- 移動の際は介助してください。
- ※内容()

桶川市役所 障害福祉課 048-786-3211

カードの中身を確認してください。



あなたの支援
が必要です。



その他配慮してほしいことが次のとおり
あります。

・週3回透析が必要です。

↑ ①切り取り線

↑ ②やまおり