必要なところを記入してヘルプカードに貼れる大きさにサイズを調整して、切り取ってヘルプカードに貼ってご利用ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自由欄　：

|  |  |
| --- | --- |
| 障害や病気の名称 |  |
| かかりつけ医療機関 | 病院名　：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 自由欄： |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　記入日　：　　　 　　年　　　　月　　　　日名　　前　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　：　　　　 　　　 　　年　　　　月　　　　日　　　　　　緊急連絡先名前（名称等）　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　お願いしたいこと　　□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）が不自由です□人工透析をしています□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）発作があります□パニックになることがあります理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□アレルギーがあります理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □コミュニケーションが苦手です□ゆっくり、わかりやすく話してください□次の方法で伝えてください　手話・身振り・指文字・筆談その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□書いてある情報を音読してください□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があります |