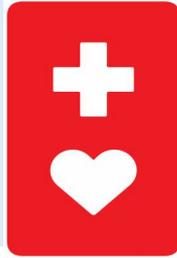


あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



早川町

障害名および等級：

病名①：

病院名①：

電話①：

病名②：

病院名②：

電話②：

服薬： 有 ・ 無

種類・量：

種類・量：

私の基本情報

フリガナ：

氏名：

住所：

生年月日：T・S・H・R 年 月 日

氏名：

性別： 男 ・ 女

血液型： 型 Rh + ・ -

知ってほしいこと

- コミュニケーションが苦手です。
- パニックになることがあります。
- ペースメーカーをしています。
- 人工透析をしています。
- () 発作があります。
- () アレルギーがあります。
- その他

緊急連絡先

フリガナ：

氏名：

住所：

電話番号：

フリガナ：

氏名：

住所：

電話番号：

配慮して欲しいこと

- 移動の時に誘導・介助してください。
- 簡単な言葉で説明してください。
- 手話通訳が必要です。
- 筆談で伝えてください。
- () に電話をしてください。
-
- その他

このカードを見られた方へ

このカードの所持者が困っていたり、体調を崩している場合は表面に記載の病院又は緊急連絡先にご連絡をお願いします。



【発行】早川町 福祉保健課

電話 0556-45-2363

(自由記載欄)