

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



横須賀市



(記入日) 年 月 日

ふりがな

名 前

住 所

生年月日

血液型 型

Rh (+ ・ -)

障害名

病 名

連絡先

名 前

関係 ()

電話番号

名 前

関係 ()

電話番号

医療機関名

担当医

電話番号

私が手助けしてほしいこと

- ・ 全部書く必要はありません。
- ・ 困ったときに伝えたい内容を書いてください。
- ・ 大切な個人情報です。なくさないように注意してください。

カードに記入した白

このカードを使用する本人のことを記入してください。

連絡してほしい方を記入してください。
連絡先は、必ず相手方の了承を得てから書いてください。

病気のことや手助けしてほしいことなどを、自由に書いてください。
《例》
・ 会話を理解したり、話を伝えることが苦手です。
・ 筆談で伝えてください
・ ○○○のアレルギーがあります。

◎拡大・縮小は行わず、カラーで印刷してください。
◎カードのまわりの実線にそって切取り、山折り・谷折りして、カードケースなどに入れてご利用ください。