

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	よこすか たろう
名前	横須賀 太郎
住所	横須賀市〇〇町△-△-△
生年月日	19△△年 2 月 15 日
血液型	AB 型
Rh	(+・-)

障害名
病名 〇〇〇障害があります

連絡先

名前	横須賀 良子	関係	(母)
電話番号	046-8▲▲-▲▲▲▲		
名前	□□□作業所	関係	(勤務先)
電話番号	046-8▲▲-▲▲▲▲(平日 10:00~16:00)		

医療機関名	〇〇病院
担当医	△△先生
電話番号	046-8▲▲-▲▲▲▲

私が手助けしてほしいこと

- ・耳が聞こえにくいです。筆談で伝えてください
- ・簡単な言葉で説明してください
- ・〇〇アレルギーがあります

- ・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
・〇〇〇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。