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 |