

キリトリ線

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

キリトリ線



ヘルプカード  
あなたの支援が必要です

茨城県取手市



発行  
取手市福祉部 障害福祉課  
電話 0297(74)2141  
FAX 0297(74)6600



このカードの中に  
お願いしたいことが書いてあります。  
中を開いて見てください。

医療機関	電話番号： _____
かかりつけ	病院名： _____
障害や病気の 名称	_____

自由欄： \_\_\_\_\_