

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



ふりがな
なまえ
名前

じゅうしょ
住所

けつえきがた がた あーるえいち ぶらす まいなす
血液型 (型) Rh + -

せいねんがっぴ ねん がっつ 日にち
生年月日 年 月 日

きんむさきなど
勤務先等

《緊急連絡先》

① (名前) (続柄)

でんわ
電話

② (名前) (続柄)

でんわ
電話

さいがいじ かぞく ひなんぼしよ
災害時の家族の避難場所



FAX 048-963-9171

TEL 048-963-9164

福祉部 障害福祉課

越谷市役所

あなたの支援が必要です！
カードを開いてください

《医療情報等》

しょう めい びょうめい
障がい名・病名 ()

びょういんなど
かかりつけの病院等

でんわ
電話

しゅじい
主治医

ふくやく あり なし
服薬 (有・無)

《配慮してほしいこと》

()が不自由です

人工透析をしています

ペースメーカーを使用しています

ストマ用装具(尿路・消化器)を使用しています

()発作があります

たいおうほうほう
対応方法 ()

アレルギーがあります 内容 ()

コミュニケーションが苦手です

簡単な言葉で説明してください

筆談で伝えてください

手話通訳が必要です

わかるように合図してください(ジェスチャー等)

移動の際、介助してください

《その他、配慮してほしいこと、伝えたいこと》

.....

.....

.....

.....

.....

.....