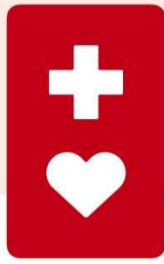


あなたの支援が必要です。

# ヘルプカード



しがや  
越谷市



## 《医療情報等》

障がい名・病名( )

かかりつけの病院等

電話

主治医

服薬(有・無)

③ やまおり

ふりがな  
なまえ  
名前

じゅうしょ  
住所

けつえきがた 型 R h 十 一  
血液型(型) Rh 十 一

せいねんがっぴ ねん がつ にち  
生年月日 年 月 日

きんむさきなど  
勤務先等

## 《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( )

④ たにおり

## 《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 ひなんばしょ  
災害時の家族の避難場所

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

⑤ やまおり



越谷市障がい福祉課

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

## 《その他、配慮してほしいこと、伝えたいこと》

① やまおり

## ヘルプカードの作り方

- ①のキリトリ線(実線)に沿って切る。
- ②から⑤の順に折る。

② キリトリ線

