

しょう まえ  
使用の前に

かなら よ  
必ず読んでください

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



こしがやし  
越谷市

# ヘルプカード ガイドライン



越谷特別市民  
ガーヤちゃん

へるぶカード つくりかた  
 ☆ヘルプカードの作り方

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



こしがやし  
 越谷市

----- ←やまおり

----- ←たにおり

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 がた あーるえいち ぶらす まいなす  
 血液型( 型) R h + . -

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

たにおり

きん きゆう れん らく さき  
**《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

やまおり



048-963  
 留守番録受取

こしがやしやくしよ  
 越谷市役所  
 ふくしぶ しょうがいふくしか  
 福祉部 障害福祉課  
 でんわ  
 TEL 048-963-9164  
 ふあくす  
 FAX 048-963-9171

あなたの支援が必要です!!  
 ヘルプカードを開いてください!!

- ① ひつようじこう きにゆう  
必要事項を記入します
- ② へるぶカード おもてめん てんせん かみ お  
ヘルプカード表面の点線で紙を折り、  
めいしさいす  
名刺サイズにします
- ③ さいふ かばん ケースなど い けいたい  
財布やカバン、ケース等に入れ、携帯し  
てください。

## 1. ヘルプカードとは

障がいのある人の中には、自分から「困った」と伝えることが苦手な人がいます。障がいのある人がヘルプカードを持ち歩くことにより、日常生活や緊急時、災害時等に困っていることを周囲に知らせ、手助けをお願いすることができます。

また、障がい者手帳のない人でも、病気や怪我、その他の理由で周囲の手助けを必要とする人が、手助けが必要であることを周囲に伝えることができます。

## 2. 対象者

障がい者手帳の有無にかかわらず、病気や怪我で一時的に手助けが必要な方、妊娠中や高齢の方等、助けが必要だと思う方

## 3. 配布場所

障害福祉課窓口 ※ホームページからもダウンロードしていただけます。

(ホームページURL <http://www.city.koshigaya.saitama.jp/>)

## 4. 利用に当たっての注意点

越谷市では、ヘルプカードを入れるケースは配布していません。財布やカバンに入れるか、ご自身でケース等を購入し、携帯してください。

ヘルプカードには大切な個人情報も含まれますので、取り扱いや紛失等、十分注意してください。

# 5. 記入の仕方

## (1) 表面

あなたの支援が必要です。

# ヘルプカード




こしがやし  
**越谷市**

---

ふりがな  
なまえ こしがや たろう  
**名前** 越谷 太郎

じゅうしょ  
**住所** 埼玉県越谷市越ヶ谷 4-2-1

けつえきがた ( A 型 ) Rh ( + ) . -  
血液型 ( A 型 ) Rh ( + ) . -

せいねんがっぴ  
生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日

きんむさきなど  
勤務先等 株式会社〇〇 〇〇課

---

きん きゅう れん らく さき  
《緊急連絡先》

③ (名前) 越谷 花子 (続柄) 妻  
でん わ 電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

④ (名前) 越谷 一郎 (続柄) 父  
でん わ 電話 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

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  
〇〇地区センター

---



こしがやし役所  
福祉部 障害福祉課  
TEL 048-963-9164  
FAX 048-963-9171

あなたの支援が必要です!!  
カードを開いてください!

① **名前・住所など**  
ヘルプカードを使用する方の基本  
情報を記入します。  
「勤務先等」には職場や通所してい  
る施設など、日中の活動の場など  
を記入してください。

② **緊急連絡先**  
災害時や緊急時に、連絡してほしい  
相手の情報を記入します。  
大切な個人情報なので、記入する  
ときは必ず相手の了承を得てか  
ら記入してください。

(2) 裏面

《医療情報等》

障がい名・病名( )

かかりつけの病院等 〇〇病院、〇〇薬局

電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

主治医 〇〇医師

服薬 (有) (無) 〇〇〇〇〇〇

③ 医療情報等

持病や服薬の状況、通院先の情報

《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  
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

④ 配慮してほしいこと

該当する項目の□にチェックを入れ、必要に応じて内容を詳細に記入します。複数の項目にチェックを入れてもかまいません。

《その他、配慮してほしいこと、伝えたいこと》

(例1) 妊娠しています。

(例2) 色覚の障がいがあり、〇色が見えにくいです。

(例3) 右耳が聞こえないので、左側から話しかけてください。

⑤ その他

表面や上の部分に記入した情報以外に、手助けをする人に伝えたいことや、必要な情報、書ききれなかったことなどを記入します。



お問い合わせ先

越谷市役所 福祉部 障害福祉課

電話：048-963-9164

FAX：048-963-9171