

ヘルプカード

「^{てだす}手助けが^{ひつよう}必要な人」と「^{てだす}手助けを^{ひと}する人」を^{むす}結ぶカードです。

ヘルプカードは、^{しょう}障がいのある人が^{ひと}緊急時や^{さいがいじ}災害時、^{こま}困った際に^{さい}手助けを^{てだす}お願いしやすくするものです。

^{とき}こんな時に^{やくだ}ヘルプカードが役立ちます。

^{さいがい}災害のとき…

^{ひなんばしょ}避難場所^すで過ごすとき



^{きんきゆう}緊急のとき…

パニックや^{ほっさ}発作、^{びょうき}病気のとき



^{にちじょうてき}日常的に…

ちょっとした^{てだす}手助けがほしいとき



^{こま}困っている人がいたら…



- ① 「どうしましたか？」と^{おだ}穏やかに^{こえ}ゆっくり声をかけてください。
- ② 「ヘルプカード」を^も持っていたら、^{きじゆつないよう}記述内容に沿った^{しえん}支援を^{ねが}お願いします。

カードは切り取り、二つ折りにして使用してください。

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



ピコ崎さん

大崎市



記入日： 年 月 日

氏名： 男・女 血液型： RH： 型

生年月日： 年 月 日

住所： _____

緊急連絡先

氏名： _____ 本人との関係： _____

電話番号： _____

記入例

【表面】

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



ピタ崎さん 大崎市

記入日： H29年 12月 20日

氏名： おおさき たろう 大崎 太郎 (男・女) RH: 血液型： O 型

生年月日： 平成 18 年 3 月 31 日

住所： 大崎市古川七日町 1 番 1 号

緊急連絡先

氏名： おおさき はなこ 大崎 花子 本人との関係： 母

電話番号： 0229-23-2167

【裏面】

障がい種別・疾病など

種別： 身体・知的・精神・その他 ()

障がい名・病名： 肢体不自由

症状： 左足が不自由です

かかりつけ医療機関

病院名： OO病院 主治医： OO先生

電話番号： 0229-23-2418

苦手なこと・できないこと

和式トイレは利用できません。

必要な支援など

手すりのないトイレでは、介護が必要です。

注意点

すべての欄に記入する必要はありません。必要な欄のみ記入します。他人に知られたくない内容は記入する必要はありません。困ったときに伝えたい内容を記入してください。

携帯方法の例



カードホルダーに入れる



財布の中に入れる



バックの中に入れる

運転免許証や
障害者手帳と
一緒に携帯するなど。

おおさき市民せいぶしゃかいふくしか 大崎市民生部社会福祉課

しょう ふくしかかり 障がい福祉係

TEL 0229-23-2167

FAX 0229-23-2418

MAIL shafuku@city.osaki.miyagi.jp

障がい種別・疾病など

種別： 身体・知的・精神・その他 ()

障がい名・病名：

症状：

かかりつけ医療機関

病院名： 主治医：

電話番号：

苦手なこと・できないこと

必要な支援など