

ヘルプカード ひな型 2

【使い方】

必要なひな型を切り取り、ヘルプカードのD面などに、貼り付けて使用してください。

A面



B面

記入日： 年 月 日
 氏名： 性別： 血液型： 型
 生年月日： 年 月 日
 住所：
 緊急連絡先
 氏名： 本人との
 電話番号： 関係：

C面

障がい種別・疾病など
 種別：身体・知的・精神・その他（ ）
 障がいの名・病名：
 産状：
 かかりつけ医療機関
 病名： 主治医：
 電話番号：

D面

苦手なこと・できないこと
 必要な支援など

好きな遊び
 好きな歌
 泣き止まないとき
 苦手なこと
 お気に入りの言葉
 好きな食べ物
 嫌いな食べ物（アレルギーなど）

目が不自由です。 足が不自由です。
 耳が不自由です。 手が不自由です。
 コミュニケーションが苦手です。
 移動のときに誘導してください。
 簡単な言葉で説明してください。
 周りの状況を説明してください。
 その他（ ）

支援事業所
 事業所名：
 担当者： 電話番号：
 災害時の予定避難所：
 緊急時携帯する荷物の所在：

医療情報
 病名：
 かかりつけ医療機関：
 電話番号： 主治医：
 使用している装置
 （医療機器）など：
 アレルギーの
 有無・種類：

お願い
 私は難病の患者です。私が倒れている場合は、
 救急車の手配をお願いします。また、下記の
 連絡先にご連絡をお願いします。
 緊急連絡先
 氏名： 本人との
 電話番号： 関係：
 医療機関名：
 電話番号： 主治医：

お願い
 私は慢性腎不全の為、人工透析で治療を受けています。
 もし、私に何らかの異常があった場合は、救急車の手配をお
 願いします。また、下記の連絡先にご連絡をお願いします。
 緊急連絡先
 氏名： 本人との
 電話番号： 関係：
 医療機関名：
 電話番号： 主治医：

こじんじょうほう とりあつかい じゅうぶんちゅうい
注》個人情報ですので、取扱いには十分注意してください。