あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

埼玉県三芳町

◆私の医療情報

障害名・病名：

血液型：　　型　Rh ＋　－

持病・アレルギーなど：

かかりつけ医：

主　治　医：

飲んでいる薬：

◆私の情報

名　　前（ふりがな）

住　　所

生年月日

電話番号

【配慮してほしいこと】

- ☐（　　）が不自由です。
- ☐ 身体の具合が悪いです。
- ☐ ケガをしています。助けてください。
- ☐ 緊急連絡先に連絡をしてください。
- ☐ 何が起きているのか教えてください。
- ☐ ゆっくり、わかりやすく話してください。
- ☐ 紙に書いて教えてください。
- ☐ 手話通訳が必要です。
- ☐ 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。
- ☐ ストーマ用装具を使用しています。
- ☐ 補聴器　・　人工内耳をしています。
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐ 移動の時は介助してください。
  内容：

◆緊急連絡先

①名　　前

電話番号

②名　　前

電話番号

③名　　前

電話番号

【自　由　欄】

あなたの支援が必要です！！
カードを開いて見てください！

三芳町役場福祉課
障がい者支援担当
TEL 049-258-0019
FAX 049-274-1051