

あなたの支援が必要です。

# ヘルプカード



とちぎけん みぶまち  
栃木県壬生町



①やまおり

## ①医療に関すること

かかりつけの病院 ○○クリニック

電話番号 0282-86-0000

飲んでいる薬 (朝 昼 夜 就寝前 食前 食後)

(内容) ○○○、△△△、□□□

アレルギー等 小麦粉

②やまおり

## ① 私のこと

名前 壬生 ひばり

住所 壬生町通町12-22

生年月日 平成元年4月1日

③たにおり

## ② 緊急連絡先

名前 壬生 えのき  
電話(Fax) 0282-82-0000  
わたしとの関係 父

名前 東雲 さくら  
電話(Fax) 090-00000-0000  
わたしとの関係 姉

④やまおり

## ③お願いしたいこと

簡単な言葉で説明してください

筆談で伝えてください

書いてあることを音読してください

移動の際に介助してください

⑤たにおり

その他

バッグの内ポケットに詳しい内容を記載したものを入れています。

## ⑤障害や健康状態等に関すること

自己免疫性肝炎で服薬中です。

## ⑥配慮してほしいこと

ペースメーカーを使用しています

人工透析をしています

耳が不自由なので、筆談、または、ゆっくり、はっきり話してください

パニックになることがあります

身体に触られることが苦手です  
 ( てんかん ) 発作があります

その他

あなたの手助けが必要です。  
カードを開いてください。

この「ヘルプカード」は、障がいのある方などが緊急時や困ったときに、その内容や方法を伝えるために使います。このカードに書いてあることを読んで、手助けをお願いします。