

ヘルプカード あなたの支援が 必要です。  白岡市	障がい名・病名（ ） 通院先..... 病院..... 電話..... —..... —..... 服薬（ 有 ・ 無 ）
記入年月日（ 年 月 日） 氏名..... 住 所..... 生年月日 T・S・H 年 月 日	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。 ☐パニックになることがあります。 ※理由（ ） ※落ち着くには（ ）
第1連絡先（ ） 電話..... —..... —..... 携帯..... —..... —..... 第2連絡先（ ） 電話..... —..... —..... 携帯..... —..... —..... 第3連絡先（ ） 電話..... —..... —..... 携帯..... —..... —..... 災害時の家族の集合場所 （ ）	☐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。 ☐移動の際は介助してください。 ※内容（ ）
あなたの支援が 必要です。 カードの中身を確認してください。	☐その他配慮してほしいことが次のとおりあります。