

あなたの支援が必要です。

# ヘルプカード



## 真岡市

### ○ 私のこと

名 前

住 所

生年月日 年 月 日

血液型 Rh +・- 型

### ○ 緊急連絡先

名 前 わたしとの  
でんわ 関係

名 前 わたしとの  
でんわ 関係

### ○ 医療に関すること(1)

かかりつけの病院

でんわ 電話

の 飲んでいる薬

障がい名・病名

### ○ 医療に関すること(2)

かかりつけの病院

でんわ 電話

の 飲んでいる薬

障がい名・病名

### ○ 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。
- アレルギー( )
- パニックになることがあります。  
理由( )
- ( )発作があります。

### ○ お願いしたいこと

- 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。
- 手話通訳が必要です。
- 書いてあることを音読してください。
- 移動の際、介助してください。  
内容( )

### ○ 自由記載欄



あなたの手助けが必要です。

カードを開いてください。

発行 真岡市 健康福祉部 社会福祉課  
電話 0285-83-8129