

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