

(表面)

(裏面)

あなたの支援が必要です。 ヘルプカード  昭和町 	知ってほしいこと ☐ コミュニケーションが苦手です。 ☐ パニックになることがあります。 ☐ ペースメーカーをしています。 ☐ 人工透析をしています。 ☐ () 発作があります。 ☐ () アレルギーがあります。 ☐ その他
私の基本情報 住 所 氏 名 生年月日 性 別 男 ・ 女 血液型 型 Rh + ・ -	配慮してほしいこと ☐ 移動のとき誘導してください。 ☐ 簡単な言葉で説明してください。 ☐ 手話通訳が必要です。 ☐ 筆談で伝えてください。 ☐ その他
障害名・病名 かかりつけの病院 電話番号 服薬（あり・なし） 	その他
緊急連絡先 氏名 電話番号 氏名 電話番号	このカードを見られた方へ このカードの所持者が困っていたり、体調を崩している場合は表面に記載のかかりつけの病院または緊急連絡先へご連絡ください。 【発行】昭和町役場福祉課 TEL：055（275）8784