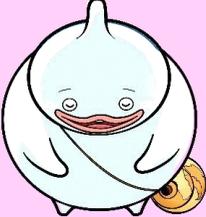


 <p>あなたの支援が必要です</p> <h1>ヘルプカード</h1> <p>島原市自立支援協議会 こども部会</p>		医療機関名： 主治医： TEL：
かかりつけ医療機関		医療面で配慮してほしい事(発作やアレルギーの有無、持病など)
ふりがな 名前	男・女	関わり方や伝えておきたい事・手伝ってほしい事 (コミュニケーション・食事・移動・排泄・安心する方法・不安な場所など)
住所	〒 -	
生年月日	年 月 日	血液型 型
障害・病気の 内容	障がい者手帳種類(身体 級・療育 級・精神 級)	
連絡して ほしい人 ①	名前： 関係： TEL：	 <p>このカードは 障がいのある方などが困った時に、 周りの方に助けをお願いするための ものです。</p>  <p>持ち主が困っている時には、 カードを開いてください。 ご協力よろしくお願いします。</p>
連絡して ほしい人 ②	名前： 関係： TEL：	
日中過ごす 場所	名前： 担当者： TEL：	
備考		

ヘルプカードの使い方

ヘルプカードには、支援する人に伝えたい情報を記入してください

☆記入の仕方について

■ 障害・病気の内容

障害名や病名、特徴などの情報を記入してください
手帳をお持ちの方は、手帳の種類についても記入してください。

■ 連絡してほしい人

カードの持ち主が困っている時に対応することができる緊急連絡先を記入してください。

■ 日中過ごす場所

普段日中に過ごす自宅以外の場所で、カードの持ち主のことをよく知っている人がいるところを記入してください。

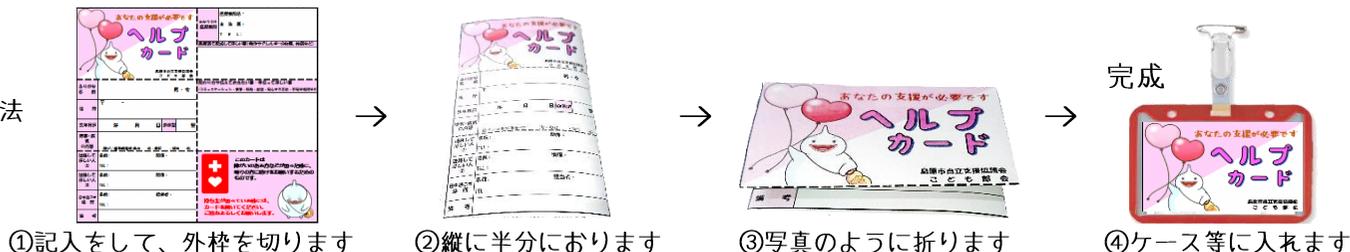
■ 医療面で配慮してほしい事

発作がある方は発作時の対応等、食物などのアレルギーのある方はアレルギーの内容(何によるアレルギーか等)、伝えておきたい持病や、対応の必要な症状などを記入してください。服薬されている方は、処方箋やお薬手帳のコピーを添付しても良いとおもいます。

■ 関わり方や伝えておきたい事・手伝ってほしい事

耳・目・手・足等不自由なことや手助け方法、コミュニケーションの方法、本人の特性、他の欄に書ききれなかったことや、支援者にあてたメッセージ等を記入してください。

☆作り方
☆携帯方法



注意事項

個人情報を入力しますので、カードの取扱いや紛失には十分注意をしてください