

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



南アルプス市
MINAMI-ALPS CITY

フリガナ
氏名

住所

生年月日： T . S . H 年 月 日

性別： 男 ・ 女

勤務先(学校)：

電話：

連絡先①：

電話：

連絡先②：

電話：

TEL 055-282-6197

保健福祉部 障害福祉課

南アルプス市



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

障害名および等級：

病名：

通院先：

電話：

服薬： 有 ・ 無

種類・量：

種類・量：

配慮して欲しいこと

_____が不自由です

人工透析をしています

_____発作があります

パニックになることがあります

理由

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

簡単な言葉で伝えてください

筆談で伝えてください

手話で対応してください

移動の際、介助してください

内容

災害のときに支援が必要です

内容

その他、配慮して欲しいことがあります