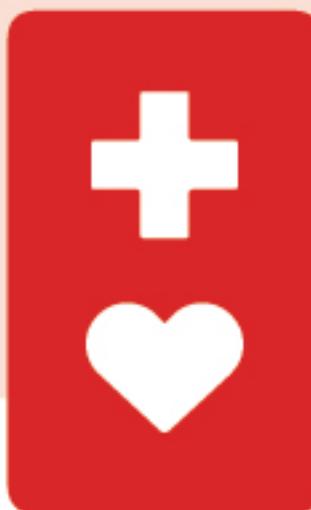


あなたの支援が必要です。

# ヘルプカード



記入年月日 年 月 日

ふりがな  
**氏名**

住所

生年月日 T.S.H 年 月 日

第1連絡先

電話

第2連絡先

電話

第3連絡先

電話

災害時の家族の集合場所

障害名・病名 ( )

通院先

電話

服薬(有・無)

•

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
  - ペースメーカーを使用しています
  - ( ) 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
  - 下の文章を読んでください
  - 移動の際、介助してください
- 内容 ( )

その他、配慮して欲しいことがあります

電話番号 049-252-7101

富士見市障害者支援センター

銀行



「いざなみ」  
手助けが必要です！

