

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



富士見市

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

電話 049-252-7101

富士見市障がい福祉課

発行



カードを開いて見てください！

！手助けが必要です！



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