

# ヘルプカード記入例

ヘルプカードはすべての欄を書く必要はありません。  
いざというときに、周囲に伝えたい情報を書きます。

**■緊急連絡先**  
緊急時に連絡してほしい人の情報を書きます。  
連絡先は必ず相手の了承を得てから書いてください。

**■障がいや健康状態に関すること**  
該当する項目に■や☑をしてください。  
該当するものがない場合はその他欄に障がい名や病名などを書いてください。

<p style="color: red;">あなたの支援が必要です。</p> <h2 style="color: red;">ヘルプカード</h2> <p> おやまし <b>小山市</b> カードを開いてください</p>	<p><b>医療に関すること</b></p> <p>かかりつけの病院・医師 / 電話番号</p> <p>●●病院 △△先生 電話 0285-XX-XXXX</p> <hr/> <p>血液型 (A・B・O・AB型 (RH (+)・-))</p>										
<p><b>■わたしの情報</b></p> <p>ふりがな 名前 <b>小山 太郎</b></p> <hr/> <p>住所 <b>小山市中央町●-●-●</b></p> <p>生年月日 <b>昭和55年5月5日 (男・女)</b></p> <p>電話(FAX) <b>0285-22-XXXX</b></p>	<p><b>お薬やアレルギー等に関すること</b></p> <p>※普段飲んでいる薬(1日に飲む回数や何錠飲むか)やアレルギーなどについてお書きください</p>										
<p><b>■緊急連絡先</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">名前 <b>小山 一郎</b></td> <td style="width: 40%;">私との関係 <b>父</b></td> <td style="width: 30%;">電話 <b>0285-22-XXXX</b></td> </tr> <tr> <td>名前 <b>小山 花子</b></td> <td>私との関係 <b>母</b></td> <td>電話 <b>090-XXXX-XXXX</b></td> </tr> </table>	名前 <b>小山 一郎</b>	私との関係 <b>父</b>	電話 <b>0285-22-XXXX</b>	名前 <b>小山 花子</b>	私との関係 <b>母</b>	電話 <b>090-XXXX-XXXX</b>	<p><b>■わたしの日中活動場所</b></p> <p>名称 <b>就労継続支援B型事業所●●</b></p> <hr/> <p>住所 <b>小山市小山●●</b></p> <hr/> <p>電話 <b>0285-●●-●●●●</b></p>				
名前 <b>小山 一郎</b>	私との関係 <b>父</b>	電話 <b>0285-22-XXXX</b>									
名前 <b>小山 花子</b>	私との関係 <b>母</b>	電話 <b>090-XXXX-XXXX</b>									
<p><b>■お願いしたいこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・簡単な言葉で説明してください</li> <li>・筆談で伝えてください</li> <li>・書いてあることを音読してください</li> <li>・移動の際、介助してください</li> </ul> <p>※手助けしてほしいことなど、内容をお書きください</p>	<p><b>■自由記載らん</b></p> <p>※その他、配慮してほしいことや苦手なことなど、必要なことがありましたら、こちらに書いてください。</p>										
<p><b>■障がいや健康状態に関すること</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 目が不自由です</td> <td><input type="checkbox"/> 耳が不自由です</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 会話が不自由です</td> <td><input type="checkbox"/> 足が不自由です</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 知的障がいがあります</td> <td><input type="checkbox"/> 発作があります</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人工透析をしています</td> <td><input type="checkbox"/> 服薬をしています</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table> <p>( )</p>	<input type="checkbox"/> 目が不自由です	<input type="checkbox"/> 耳が不自由です	<input type="checkbox"/> 会話が不自由です	<input type="checkbox"/> 足が不自由です	<input type="checkbox"/> 知的障がいがあります	<input type="checkbox"/> 発作があります	<input type="checkbox"/> 人工透析をしています	<input type="checkbox"/> 服薬をしています	<input type="checkbox"/> その他		<p style="color: red; text-align: center;"><b>あなたの手助けが必要です</b></p> <p>この「ヘルプカード」は、障がいのある方などが緊急時や困ったときに、周りの配慮や手助けをお願いしやすくなるためのカードです。</p> <p> 発行 小山市福祉課 電話 0285-22-9624 FAX 0285-24-2370</p>
<input type="checkbox"/> 目が不自由です	<input type="checkbox"/> 耳が不自由です										
<input type="checkbox"/> 会話が不自由です	<input type="checkbox"/> 足が不自由です										
<input type="checkbox"/> 知的障がいがあります	<input type="checkbox"/> 発作があります										
<input type="checkbox"/> 人工透析をしています	<input type="checkbox"/> 服薬をしています										
<input type="checkbox"/> その他											

**■医療に関すること**  
かかりつけの病院名や担当の医師名、電話番号を書いてください。  
本人の該当する血液型を○で囲んでください。

**■わたしの日中活動場所**  
自分の所属(通学・通勤・通所している障がい福祉サービス事業所)について書いてください。