

ヘルプカードをご活用ください



「ヘルプカード」は、障がいのある人が携帯し、災害時や緊急時など、いざという時に必要な支援や配慮を周囲の人にお願ひでき、「手助けが必要な人」と「手助けしたい人」を結ぶカードです。

症状や必要な支援を記入し、普段から携帯してください。

ヘルプカードはこんな時に役立ちます！

○日常的にちょっと助けてほしい時に、

ヘルプカードを提示することで、スムーズに支援を受けることができます。

○緊急時 パニックや発作、病気の時に配慮してほしいことや、常用している薬の情報を正確に伝えることができます。

○災害時 災害が発生した時、家族に連絡してもらいたい、避難所での生活で適切な支援をしてほしい時などに、情報を正確に伝えることができます。

利用にあたって気をつけること

ヘルプカードは利用する本人や家族の判断により、支援を受ける際に必要な情報を記載するものです。

ヘルプカードには重要な個人情報も含まれていますので、取扱いや紛失などには十分注意してください。

◇配付対象者…障がい者手帳を所持している方(身体障がい、知的障がい、精神障がい)・

難病患者、その他ヘルプカードを必要とする方

◇配布場所…市役所福祉課(2F)、各出張所、小山市社会福祉協議会(旧保健福祉センター1F)

◇市のホームページから様式をダウンロードすることもできます。



ヘルプカードに関するお問合せ

小山市保健福祉部福祉課

〒323-0023 小山市中央町1-1-1 (2F)

電話 0285(22)9624

FAX 0285(24)2370

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。

<div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>あなたの支援が必要です。</p> <h2 style="color: red;">ヘルプカード</h2> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>おやまし 小山市 カードを開いてください</p> </div> <hr/> <p>■わたしの情報</p> <p>ふりがな おやま たろう</p> <p>名前 小山 太郎</p> <hr/> <p>住 所 小山市中央町●-●-●</p> <p>生年月日 昭和 55年 5月 5日 (男)・女)</p> <p>電話 (FAX) 0285-22-XXXX</p> <hr/> <p>■緊急連絡先</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 名前 小山 一郎 </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 私との関係 父 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 電話 0285-22-XXXX </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> </table> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 名前 小山 花子 </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 私との関係 母 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 電話 090-XXXX-XXXX </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> </table> <hr/> <p>■お願いしたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・簡単な言葉で説明してください ・筆談で伝えてください ・書いてあることを音読してください ・移動の際、介助してください <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">※手助けしてほしいことなど、内容をお書きください</p> <hr/> <p>■障がいや健康状態に関すること</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 目が不自由です </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 耳が不自由です </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 会話が不自由です </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 足が不自由です </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> 知的障がいがあります </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 発作があります </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 人工透析をしています </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 服薬しています </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> その他 </td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	名前 小山 一郎	私との関係 父	電話 0285-22-XXXX		名前 小山 花子	私との関係 母	電話 090-XXXX-XXXX		<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 checked="" 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"/> 服薬しています	<input type="checkbox"/> その他		<p>■医療に関すること</p> <p>かかりつけの病院・医師 / 電話番号</p> <p>●●病院 △△先生</p> <p>電話 0285-XX-XXXX</p> <hr/> <p>血液型 (A・B・O・AB型 (RH (+)・-))</p> <p>■お薬 やアレルギー等に関すること</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> <hr/> <p>■わたしの日中活動場所</p> <p>名 称 就労継続支援 B型事業所●●</p> <hr/> <p>住 所 小山市小山●●</p> <hr/> <p>電 話 0285-●●-●●●●</p> <hr/> <p>■自由記載らん</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> <hr/> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">あなたの手助けが必要です</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> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>発行 小山市福祉課 電話 0285-22-9624 FAX 0285-24-2370</p> </div>
名前 小山 一郎	私との関係 父																		
電話 0285-22-XXXX																			
名前 小山 花子	私との関係 母																		
電話 090-XXXX-XXXX																			
<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 checked="" 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。