



川越市



ヘルプカード
あなたの支援が必要です。

障害名・病名()

かかりつけの病院・連絡先・主治医

①

②

飲んでいる薬

持病・アレルギーなど

なまえ (ふりがな)

名前

じゅうしょ

住所

血液型 () R h + . -

生年月日 年 月 日

勤務先等

配慮してほしいこと

□ () 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

□ストマ用装具(蓄便・蓄尿)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

どんなとき

□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

→緊急時：049-224-8811 (川越市役所代表電話)

□移動の際、介助してください

内容

<緊急連絡先>

① (名前) (続柄)

電話・FAX

② (名前) (続柄)

電話・FAX

③ (名前) (続柄)

電話・FAX

(災害時の家族の集合場所)

その他、配慮してほしいこと

手助けが必要です。

カードを開いてみてください！

発行

川越市障害者福祉課

