

あなたの支援が必要です。

# ヘルプカード



## 大田原市

### ① 私のこと

わたし  
ふりがな  
な まえ  
名 前

---

じゅう しょ  
住 所

---

せいねんがっぴ ねん がつ にち  
生年月日 年 月 日

### ② 緊急連絡先

なまえ 名前	わたし 私との かんけい 関係
でんわ 電話 (Fax)	

  

なまえ 名前	わたし 私との かんけい 関係
でんわ 電話 (Fax)	

### ③ お願いしたいこと

かんたん ことば せつめい  
簡単な言葉で説明してください

ひつだん つた  
筆談で伝えてください

か おんどく  
書いてあることを音読してください

いどう さい かいじょ  
移動の際、介助してください

### ④ 障害や健康状態等に関すること

---



---



---



---

### ⑤ 医療に関すること

いりょう かん  
かかりつけの病院

びょういん  
でんわ  
電話

---

けつえきがた  
血液型 Rh +・- がた  
型

---

の くすり  
飲んでいる薬

---

アレルギー 等

### ⑥ 日中活動場所

めいししょう  
名称

---

じゅうしょ  
住所

---

でんわ  
電話

### 自由記載

---



---



---

### 自由記載

---



---



---

**あなたの手助けが必要です！**

じゅうきさい  
自由記載

発行 栃木県大田原市保健福祉部福祉課  
電話 0287-23-1111(代表)  
FAX 0287-23-7632