

外枠で切り取り、①②③④の順に  
折りたたんでください。

① やまおり

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



障害名および等級 : 〇〇障害 1級

病名 : 難聴・慢性腎不全

通院先 : △△病院

電話 : 055-xxxx-xxxx

服薬 : (有) ・ 無

種類・量 : (適宜記入して下さい)

種類・量 :

配慮して欲しいこと

- 聴覚 が不自由です
- 人工透析をしています
- \_\_\_\_\_ 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
- 簡単な言葉で伝えてください
- 筆談で伝えてください
- 手話で対応してください
- 移動の際、介助してください  
内容
- 災害のときに支援が必要です  
内容

その他、配慮して欲しいことがあります  
週に3回透析治療を受けています。

③ やまおり

フリガナ ナンアタロウ  
氏名 南ア太郎

住所 山梨県南アルプス市  
小笠原376

生年月日 : T. (S) H 30年 3月 1日  
性別 : (男) ・ 女

② たにおり

勤務先(学校) : 〇〇〇〇〇(株)  
電話 : 055-282-xxxx

連絡先① : 南ア花子  
電話 : 055-283-xxxx

連絡先② : 南ア二郎  
電話 : 090-xxxx-xxxx

④ やまおり



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

外枠で切り取り、①②③④の順に  
折りたたんでください。

① やまおり