

あなたの支援が必要です

ヘルプカード



- 中を開いて見てください。
- 安全な場所へ連れて行って下さい。

社会福祉法人 すずめ福祉会
(電話)088-883-6011

【私の医療情報】

障がい名・病名・症状など	
飲んでいる薬	
アレルギー等	
かかりつけ医療機関	機関名: _____ 電話番号: _____ (主治医: _____)

年 月 日記入

ふりがな			
名前			
住所 (電話)			
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	性別 男・女	血液型 型 Rh+ —

【警察・消防署・保護して下さった方へ】

記載されている連絡先へご連絡ください。連絡がつくまで、あるいは迎えが到着するまでは、カードの内容をともに保護して下さるようお願いいたします。



- コミュニケーションが苦手です。
- パニックになることがあります。
理由 (_____)
- (_____) があると落ち着きます。
- 簡単な(言葉・文字・絵)で説明してください。
- 一人であることが不安です。

緊急連絡先

①名前(間柄) _____
電話・FAX _____

②名前(間柄) _____
電話・FAX _____

- トイレ: 一部介助・全介助・オムツ使用
その他 (_____)
- 食事: 一部介助・全介助・流動食
その他 (_____)
- 空腹時: 言葉で訴える・身振りで訴える・態度で示す(具体的に _____)
伝えない
- 睡眠: 睡眠障害 (_____)
- その他配慮して欲しいことがあります。
(_____)

このカードの中に
お願いしたいことが書いてあります。

中を開いて見てください。

安全な場所へ連れて行って
ください。

※新型コロナウイルスのワクチン接種の記録

1回目接種 年 月 日

2回目接種 年 月 日

<自由欄>