

# おもて

あなたの支援が必要です。

## ヘルプカード



久留米市



---

わたしには・・・

障害があります ( )

持病があります ( )

アレルギーがあります  
( ) のアレルギー)

人工透析をしています

オストメイトトイレが必要です

次のページに  
続  
く  
っ  
ぱ



---

わたしの情報

ふりがな	
名前	
住所	
電話番号	( ) -
生年月日	年 月 日
性別	血液型

移動時に介助が必要です

使っている医療機器があります  
( )

分かりやすく伝えてください

その他

( )

---

最初に連絡してほしいところ

名前	
私との関係	
連絡先	( ) -



このようにお手伝いを  
してもらえると助かるっば！

---

おねがい

コミュニケーションに  
ご利用ください

はい ~~いいえ~~

わかりません

かかりつけの病院

病院名	
主治医	
連絡先	

飲んでいる薬があります

## <使い方>

- ① ——— 線にそって切り取ってください。
- ② - - - - - 線にそって折ってください。
- ③ 必要な箇所をご記入ください。
- ④ ケースやかばんの中に入れるなど、いつも身につけておいてください。
- ⑤ 両面が必要な方は、両面印刷をしてご利用ください。

うら

メモ

