

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



総社市



サポートをお願いします

しめい
氏名

住所

生年月日

大・昭・平

年

月

日

性別／血液型

男・女 /

型 Rh+ -

該当を○してください。

聴覚障がい・内部障がい・知的障がい・難病・妊婦・その他

知ってほしいことを丸で囲んでください。

- ・目か不自由です・耳か不自由です・手か不自由です・足か不自由です
- ・簡単な言葉で説明してください・筆談で伝えてください
- ・手話で伝えてください・移動のときに誘導してください
- ・周りの状況や掲示の内容を説明してください
- ・ほかにも不自由なことがあります ()

かかりつけ医療機関

(TEL)

緊急連絡先①

(TEL)

緊急連絡先②

(TEL)