

■わたしの主な症状

- 妊娠初期
- 強い痛み
- 過呼吸
- 呼吸困難
- 心臓発作
- パニック
- 強い不安
- めまい
- 認知症
- 人工肛門
- 腹痛
- 歩行が困難
- (手・足・目・耳)が不自由
- (音・光・匂い)に敏感
- 触れられたくない
- じっとできない
- 状況の認識ができない
- 意思を伝えにくい
- その他 ()

- 療育手帳 () 級 () 級 () 級 () 級 () 級
- 身体障害 () 級 () 級 () 級 () 級 () 級

障がいや病名 ()

■わたしが手伝ってほしいこと

- 介助が必要
- 人工透析が必要
- 酸素が必要
- 人工呼吸器が必要
- オストメイトトイレが必要
- (手話通訳・筆談)が必要
- 意識がない場合は救急車を呼んでください
- (連絡先・通院先)に電話してください
- ()に連絡してください
- 電話 _____
- その他 ()

飲んでいる薬・アレルギー ()

診療科 () 主治医 ()

電話番号 ()

通院先名 ()

※ヘルプカードは個人情報が多く含まれるため、カバンなどに入れて使用ください。

メール ()

電話番号 ()

連絡先名 () 私との関係 ()

メール ()

電話番号 ()

連絡先名 () 私との関係 ()

自由記入欄 ()

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



緊急時はカードを見てください！



住所 ()

電話番号 ()

血液型 () 性別 () 男・女

生年月日 () 年 () 月 () 日

名前 ()