

始めよう！あなたの町に

ヘルプマーク ヘルプカードを！

援助が必要な人のマークです。



ヘルプマーク

- 義足や人工関節
- 知的障がい
- 内部障がい
- 発達障がい
- 難病
- 精神障がい
- 妊娠初期
- 認知症
- 目や耳・言語の障がい
- 手話や筆談が必要な人

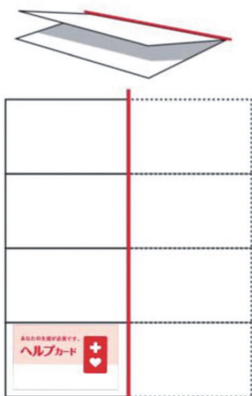
あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

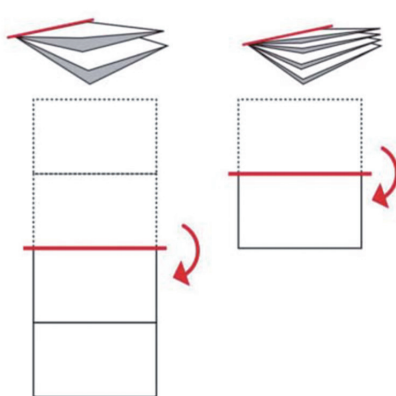


手帳型ヘルプカードの作り方

① 縦半分に折ります

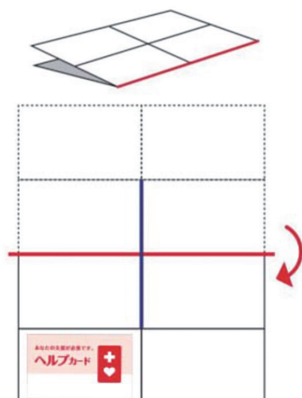


② 横半分に2回折ります

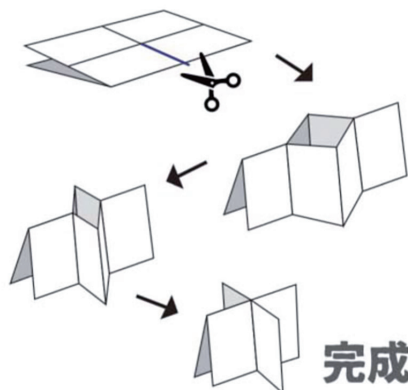


緊急連絡先や必要な支援内容を記載。

③ 一度開いて横半分に折ります



④ 青い線の部分に切り込みを入れて畳めば完成



完成

- ① 縦半分に折る。
- ② 横半分に2回折る。
- ③ 1度開いて横半分に折る。
- ④ 青い線の部分に切り込みを入れ畳む。

市販のケースなどに入れて
ご使用ください。



地域のお問い合わせ先

中能登町住民福祉課

電話：0767-72-3135

FAX：0767-72-3794

H P：https://www.town.nakanoto.ishikawa.jp/

全国ヘルプマーク普及
ネットワーク

全国ヘルプマーク
普及ネットワークのサイト→



☐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 □要介護 ()

□身体障害()級 □精神障害()級

障がいや病名

☐ 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 ()

飲んでる薬・アルコール

診療科 主治医

음운변화

通院先名

※ヘルプカーダ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。

$$11-x$$

음 累 呂 雷
c c y l k y 2

■連絡先名 れんらくさきめい 私との関係 わたくしのかんけい

$$1-x$$

五果五音

■連絡先名
関係

圖 2 圖 3 圖 4 圖 5 圖 6

ヘルプカード



緊急時はカードを
見てください！



住所

品果異重
C2 Y P C Y 2

血液型 () RH () 性別 男・女

生年月日 年 月 日

■ 名 姓