

ヘルプカード

豊川市障害者地域
自立支援協議会



【利用している事業所】

事業所名① _____

電話 _____

事業所名② _____

電話 _____

【基本情報①】 要援護者登録 有・無

氏 名 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

障害名 _____

避難場所 _____

☆私にはこんな特性（特徴）があります。

☆こんなことが苦手です。

【基本情報②】

★緊急連絡先①★

氏 名 _____ 続柄（ ） _____

住 所 _____

電話番号 _____

電話番号 _____

★緊急連絡先②★

氏 名 _____ 続柄（ ） _____

住 所 _____

電話番号 _____

電話番号 _____

☆こんな配慮があると助かります。

【医療情報①】

病院名 _____

主治医 _____

電 話 _____

血液型 A・B・O・AB _____ RH +・-

その他の病院 _____

【その他】

【医療情報②】

飲んでいる薬 _____

アレルギー等 _____

【自由記述欄】

〈問い合わせ先〉

豊川市福祉福祉課 ☎0533(89)2159

〈作成方法〉外周を切り取る

①～⑤を順に折る。-----「やまおり」「たにおり」