

ヘルプカード

豊川市障害者地域
自立支援協議会



①【利用している事業所】

事業所名① _____

電話 _____

事業所名② _____

電話 _____

②【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。

③【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。

④【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 _____

④【その他】

⑤【医療情報②】

飲んでいる薬 _____

アレルギー等 _____

⑤【自由記述欄】

問い合わせ先)

豊川市福祉部福祉課 ☎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」