←① きりとり

記入日：平成　　年　　月　　日

氏名：　　男 女　血液型　　型

生年月日：明･大･昭･平　　年　　月　　日

住所：美幌町字

緊急連絡先

氏名：　　関係：

電話番号：

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

美幌町

←② やまおり

障がい種別・疾病等

種別：身体・知的・精神・その他（　　）

障がい名・病名：

症状：

かかりつけ医療機関

病院名：　　主治医：

電話番号：

（自由記述）

苦手なこと・できないこと

必要な支援など

↑③ やまおり

＜カードの作り方＞
①外周をきりとる
②やまおりし、裏面を貼り合わせる
③やまおりする→完成です

＜カード配付場所＞
美幌町役場民生部
保健福祉グループ障がい福祉担当
（しゃきっとプラザ２階
☎0152-73-1111内線250･251）

＜記　入　例＞

記入日：平成○○年○○月○○日

氏名：　美 幌 花 子　男 女（女）　血液型　A 型

生年月日：明･大･昭･平（平）　○○年○○月○○日

住所：美幌町字○○町○○番地の○

緊急連絡先

氏名：　美 幌 太 郎　　関係：　父

電話番号：　0152-○○-○○○○

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

美幌町

障がい種別・疾病等

種別：身体・知的・精神・その他（　　）

障がい名・病名：　てんかん

症状：　○○アレルギー

かかりつけ医療機関

病院名：　美幌○○病院　主治医：○○Dr

電話番号：　0152-○○-○○○○

（自由記述）

苦手なこと・できないこと

聴覚過敏があります。

必要な支援など

ゆっくり話してください。

○○に連絡してください。