



↓ ①キリトリ線

<p>あなたの支援が必要です。</p> <p>ヘルプカード</p>  <p>吉見町</p>	<p>障がい名・病名 ()</p> <p>かかりつけ病院</p> <p>所在地</p> <p>連絡先</p> <p>担当医師名</p> <p>服薬 (有・無)</p>
<p>フリガナ 名前</p> <p>フリガナ 住所</p> <p>血液型 (型) 性別 (男・女)</p> <p>生年月日 T・S・H 年 月 日</p>	<p>配慮してほしいこと</p> <p><input type="checkbox"/> () が不自由です</p> <p><input type="checkbox"/> 人工透析をしています</p> <p><input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用しています</p> <p><input type="checkbox"/> ストマ用装具 (尿路・消化器) を使用しています 使用業者</p> <p><input type="checkbox"/> パニックになることがあります 理由 ()</p>
<p>第1連絡先 <緊急連絡先></p> <p>フリガナ 名前 (続柄)</p> <p>電話・FAX</p> <p>第2連絡先</p> <p>フリガナ 名前 (続柄)</p> <p>電話・FAX</p>	<p><input type="checkbox"/> アレルギーがあります 内容 ()</p> <p><input type="checkbox"/> () 発作があります</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニケーションが苦手です</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単な言葉で説明してください</p> <p><input type="checkbox"/> 筆談で伝えてください</p> <p><input type="checkbox"/> 手話通訳が必要です</p> <p><input type="checkbox"/> 移動の際、介助してください 内容 ()</p>
 <p>【発行】 吉見町役場 電話 0493-54-1511 FAX 0493-54-4970</p>	<p>その他、配慮してほしいこと</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

→ ③やまおり

→ ④たにおり

→ ⑤やまおり

↑ ②やまおり

↑ ①キリトリ線

- ヘルプカードの作り方**
- ①のキリトリ線 (実線) を切る。
 - ②から⑤の順に折ってください。