

ヘルプカード (縦開き様式)

① 折り目

② 折り目	① 折り目																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">ふりがな 名前</td> <td style="width: 20%;">性別</td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> </tr> <tr> <td>血液型 <small>A・B・O・AB (RH -・+)</small></td> <td>生年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">障害種別・疾病など 種別：身体・知的・精神・難病・その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">障害名・病名： _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">症状： _____</td> </tr> </table>	ふりがな 名前	性別	住所		血液型 <small>A・B・O・AB (RH -・+)</small>	生年月日 年 月 日	障害種別・疾病など 種別：身体・知的・精神・難病・その他()		障害名・病名： _____		症状： _____		<div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="font-size: 2em; color: red; margin: 0;">ヘルプカード</p> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">あなたの支援が必要です。</p> </div>				
ふりがな 名前	性別																
住所																	
血液型 <small>A・B・O・AB (RH -・+)</small>	生年月日 年 月 日																
障害種別・疾病など 種別：身体・知的・精神・難病・その他()																	
障害名・病名： _____																	
症状： _____																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">自宅電話：</td> <td>自宅にいる人の名前：</td> </tr> <tr> <td>緊急連絡先① 氏名：</td> <td>本人との関係：</td> </tr> <tr> <td>電話：</td> <td>本人との関係：</td> </tr> <tr> <td>緊急連絡先② 氏名：</td> <td>本人との関係：</td> </tr> <tr> <td>電話：</td> <td>本人との関係：</td> </tr> <tr> <td>医療機関：</td> <td>電話番号：</td> </tr> <tr> <td>主治医：</td> <td>お薬の名前：</td> </tr> <tr> <td colspan="2">日常生活の主治医の指示：</td> </tr> </table>	自宅電話：	自宅にいる人の名前：	緊急連絡先① 氏名：	本人との関係：	電話：	本人との関係：	緊急連絡先② 氏名：	本人との関係：	電話：	本人との関係：	医療機関：	電話番号：	主治医：	お薬の名前：	日常生活の主治医の指示：		<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>◎必要な支援・配慮してほしいこと</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単なことば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"/> 移動の際、介助してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>◎その他（自由記載）</p> </div>
自宅電話：	自宅にいる人の名前：																
緊急連絡先① 氏名：	本人との関係：																
電話：	本人との関係：																
緊急連絡先② 氏名：	本人との関係：																
電話：	本人との関係：																
医療機関：	電話番号：																
主治医：	お薬の名前：																
日常生活の主治医の指示：																	

枠線に沿ってカード全体を切り取る。

①の折り目を山折りにし、無地の面をのりなどで貼り付ける。

②の折り目を折ってカードの形にする。