

HELPカード作成依頼書

(あて先) 石川県肢体不自由児協会

私は、裏面のとおり、「HELPカード」の作成を依頼します。

また、記入シート情報は、「HELPカード」の趣旨に沿って、不測の事態や緊急時の際には、消防、警察、医療機関などに開示される場合があることについて承諾します。

平成 年 月 日

本人(代理人)

住 所

氏 名

印

(連絡先電話番号 — —)

《カード見本》

《カード表紙①》



《カード記入例 表紙①の裏》

HEL Pカード	
写真	緊急連絡先
	① 石川 養平 (父) 携帯番号 090-1234-1234
	② 石川 養美 (母) 携帯番号 090-0978-0987
ふりがな	いしかわ ようこ
氏名	石川 養子 (女)
生年月日	平成19年11月22日生
血液型	O型 RH (+)

《カード裏表紙②》

HEL Pカードの注意事項

- このカード所持者は障害があります。
- このカードの所持者が体調を崩していたり、負傷を負っている場合は、お手数でも119番及び緊急連絡先にご連絡ください。
- このカードの所持者が災害時で被災した場合は避難支援と救護機関に通報をお願いします。
- このカードには個人情報に記載されています。取り扱いには十分にご注意をお願いします。また、拾得された方は、緊急連絡先に速やかにお知らせください。

《カード記入例 裏表紙②の裏》

取扱注意 個人情報

学校または通所場所	
名称	石川立〇〇特別支援学校
電話番号	000-000-0000
障害の種類:	身体障害
アレルギーの有無:	無
アレルギーの種類:	特になし
投与薬の種類	
てんかん薬	△○×◎ 10mg
緊急時の対処法	
	てんかん発作時間を計りながら、体を横にさせ、発作が5分以上続いたら、119番に連絡し救急搬送してください。

《記入シート》

記入日時	平成 年 月 日 時	No.	(事務局が記入)
(ふりがな)			
本人氏名			
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生		
血液型	型 RH (- ・ +)		
性別	男 ・ 女		
緊急連絡先	①氏名 続柄 ()		電話番号 - -
	②氏名 続柄 ()		電話番号 - -
学校又は 通所場所	名 称		
	電話番号		
障害の種別	身体障害・知的障害・精神障害・視覚・聴覚・その他 ()		
投与薬の種類			
アレルギーの有無	有 ・ 無		
アレルギーの種類			
緊急時の対処方法	注) 「発作」等を記入する場合には、発作名(てんかん・心臓・ぜんそくなど)、 症状を詳しく記入してください。		
写真の添付	希望する ・ 希望しない		
ラミネート加工の有無	有 ・ 無		

◇写真の添付をご希望される方は、写真(縦2.5cm×横2cm)をご用意いただき、裏面に必ず氏名を記入し、同封してください。

◇申請書と写真を封書で石川県肢体不自由児協会宛に郵送してください。

〒920-8557 石川県金沢市本多町3-1-10

石川県社会福祉会館内

◇お問い合わせ先は、石川県肢体不自由児協会です。(TEL・FAX 076-224-6126)

受付確認欄	作成者確認欄	最終確認欄
・ ・ ・	・ ・ ・	・ ・ ・
印	印	印

