Name わたしの名前	
Birth Date 生年月日	Year 年 / Month 月 / Date 日
Blood Type 血液型	A / B / O / AB / Rh＋ / Rh－
Gender 性別	M 男　F 女
Address 住所	

Emergency Contact Person 連絡先名

Relationship 私との関係

Phone No. 電話番号	Home 自宅
	Cell-phone 携帯

E-mail Address メール

Emergency Contact Person 連絡先名

Relationship 私との関係

Phone No. 電話番号	Home 自宅
	Cell-phone 携帯

E-mail Address メール

Name of the clinic/hospital that you consult 通院先名

Phone No. 電話番号

Name of your primary doctor 主治医　Patient ID No. 診察券

Name of the clinic/hospital that you consult 通院先名

Phone No. 電話番号

Name of your primary doctor 主治医　Patient ID No. 診察券

◆List the medicine you are taking. 飲んでいる薬

◆List the allergies you have. アレルギー

I need your help

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

HELP CARD

軽井沢町

◆I need your help with following.

わたしが手伝ってほしいこと

☐Need dialysis 人工透析が必要　☐ Need oxygen 酸素が必要　☐ Need artificial respirator人工呼吸器が必要　☐Need assistance 介助が必要　☐Need sign language interpretation/writing communication（手話通訳・筆談）が必要　☐Need ostomate toiletオストメイトトイレが必要　☐Call the ambulance when I am unconscious 意識がない場合は、救急車を呼んで下さい　☐Call my emergency contact person / my primary doctor (連絡先・通院先）に連絡して下さい　☐Call the sign language interpreter listed at the emergency contact person手話通訳者に連絡して下さい（連絡先に記載）　☐Call Komorebinosato staff 木もれ陽の里担当者に連絡して下さい（0267-44-3333）

◆Main Symptoms わたしの主な症状

☐Early pregnancy 妊娠初期　☐Severe pain 強い痛み　☐Hyper-ventilation 過呼吸　☐Breathing difficulty 呼吸困難　☐Dizziness めまい　☐Heart attack 心臓発作　☐Panic syndrome パニック　☐Strong anxiety 強い不安 ☐Dementia 認知症　☐Abdominal pains 腹痛　☐Walking difficulty 歩行が困難　☐Colostomy 人工肛門　☐Sensitivity (sound/light/smell)（音・光・匂い）に敏感　☐Crippled(arm/leg)（手・足）が不自　☐Impaired (visually/hearing)（目・耳）が不自由　☐Do not want to be touched 触れられたくない　☐Can not stay still じっとできない　☐Can not understand the situation 状況認識ができない　☐Hard to communicate意志を伝え

karuizawa

◆Disability/Sickness 障がいや病名

☐Physical disability 身体障害（Category 種　Degree級　）

☐Mental disability 精神障害（Degree級　）

☐Certificate of intellectual disability 療育手帳

（A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2）

☐Classification of degree of disability 障害支援区分

(Classification区分　)

☐Being in need of care service 要介護

(Support needed 要支援/care needed 要介護)

Way to Make a Card

カードの作り方

C

1．Do a mountain fold along the dotted line A and cut the bold line.　Aの点線を山折りにして太線部分を切る

2.　Do a valley fold along the dotted line A and do a mountain fold along the dotted line B.
Aの点線を谷折りして、Bの点線を山折りにします

3.　Do a valley fold along the dotted line C and fold the upper part into half.　Cの点線を谷折りして、上から半分に折りたたんで完成です。

A

A

B

B

C