

ご存じですか？ 「ヘルプカード」



・ヘルプカードとは

障がいなどがあり、自分から「困った」「手助けしてほしい」となかなか伝えられない方が、あらかじめ配慮してほしいことなどを記入し、ふだんの生活や緊急時・災害時など、周囲の人に手助けを求めたいときに提示することで、手助けを求めやすくするカードです。ヘルプカードは、「手助けがほしい人」と「手助けできる人」をつなぐカードです。



・障がいのある人が困っていたら

聴覚障がいや内部障がいなど、外見からは障がいがあることが分かりにくい場合があります。

『このカードを持っていて、何か困っているような人を見かけたら』まずは「何かお手伝いをすることはありますか？」と声をかけてください。「ヘルプカード」には、手助けしてほしいことが書いてありますので、できる範囲での手助けや思いやりのある行動をお願いします。

・ヘルプカードの配布対象者

身体・知的・精神に障がいのある方、難病患者の方など
(障がい者手帳などの有無は問いません)

ヘルプカードの主な配布場所

やまがたし しょう ふくしか 山形市障がい福祉課 ☎(代表)023-641-1212 FAX.023-632-7091 E-mail:shogai@city.yamagata-yamagata.lg.jp	
やまがたし そうだん しえん 山形市相談支援センター	
● サポートセンター ゆあーず やまがたし えまた 山形市江俣 1-9-26 ☎023-682-0212 FAX.023-682-0211 E-mail:pal@ysj.or.jp	● 山形市社会福祉協議会 障がい者相談支援センター やまがたし しるにしまち 山形市城西町 2-2-22 ☎023-646-5660 FAX.023-645-9236 E-mail:soudan@yamagatashishakyo.or.jp
● 地域活動支援センター おーる ちいき かつどう しえん やまがたし じょうなんまち 山形市城南町 2-4-25 ☎023-647-4266 FAX.023-647-4268 E-mail:sien-all@catvy.ne.jp	● 相談支援事業所 まんさく そうだん しえん じぎょうしょ やまがたし ざおう はんごう 山形市蔵王半郷 1366-2 ☎023-688-3540 FAX.023-688-3532 E-mail:mansaku@pure.ocn.ne.jp
● 山形コロニー 相談支援センター やまがた やまがたし さくらだみなみ 山形市桜田南 1-19 ☎023-641-2626 FAX.023-641-7368 E-mail:soudan-info@yamagata-colony.or.jp	● 向陽園地域生活支援センター 心音 こうようえん ちいき せいかつ しえん こころね やまがたし ふかまち 山形市深町 2-2-22 ☎023-647-7266 FAX.023-647-7267 E-mail:kokoro-ne@fuga.ocn.ne.jp

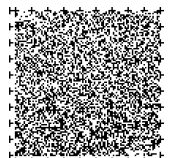
ヘルプカードについての問い合わせ先

やまがたし ふくし すいしんぶ しょう ふくしか
山形市福祉推進部障がい福祉課

〒990-8540

やまがたし はたごまち
 山形市旅籠町 2-3-25

TEL.023-641-1212(内線)625 FAX.023-632-7091



こんなときにヘルプカードをお役立てください

日常で

- ちょっとした手助けが必要なとき
- 配慮して欲しいことを伝えるとき

緊急時に

- 道に迷ってしまったとき
- パニックや発作、急に体調が悪くなったとき

災害時に

- 安全に避難できるよう支援や協力をお願いしたいとき
- 避難生活において配慮して欲しいことを伝えるとき

～ヘルプカード記入例～

このカードは全ての欄に記入する必要はありません。必要であると思う欄のみご記入ください。

このカードを使用する本人のことを記入してください。
名前にはふりがなをふってください。

かかりつけ医・医療機関がある場合に記入してください。
服薬名：普段飲んでいる薬や持っている薬がある場合

緊急連絡先の名前にはふりがなをふってください。
なお、緊急連絡先は必ず相手方の了承を得てから記入してください。

支援する方に伝えたいこと、配慮して欲しいことなどを自由に記入してください。



カード表紙

ふりがな **記入日 H29年 7月 1日**

氏名： **山形 太郎** 性別（男）

住所： **山形市 000 ΔΔΔ-□□**

電話番号： **000-000-0000**

障がい： **（身体）知的・精神・その他（ ）**
聴覚障がい

生年月日： **H0 年 Δ 月 □ 日**

血液型： **（A）・B・O・AB 型（RH -・+）**

中面上

かかりつけ医・医療機関

病院名： *****病院**

主治医： **蔵王 一郎** 電話番号： **000-000-0000**

服薬名： **0000, ΔΔΔΔ**

緊急連絡先：氏名 **山形 紅子**

住所： **山形市 000 ΔΔΔ-□□**

電話番号 1： **000-000-0000** 本人との関係： **母**

電話番号 2： **000-000-0000**

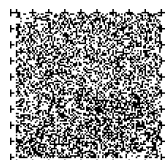
中面下

お願いしたいこと・必要な支援（自由記載）

（例1）聴覚障がいがあるため筆談でのやりとりをお願いします。

（例2）パニックになったときは静かな場所に誘導してください。

カード裏面



大切な個人情報ですので取扱いには十分注意してください。