

# ぞん 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みかけたら』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)

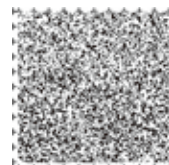
## ヘルプカードの主な配布場所

やまがたし しょう ふくしか <b>山形市障がい福祉課</b> ☎(代表)023-641-1212 FAX.023-632-7091 E-mail:shogai@city.yamagata-yamagata.lg.jp	
やまがたし きかん そうだん しえん <b>山形市基幹相談支援センター</b>	
● <b>ゆあーず</b> やまがたし みやまち 山形市宮町 1-3-36 ☎023-666-8381 FAX.023-666-8385 E-mail:yours-spt@ysj.or.jp	● <b>山形市社会福祉協議会 障がい者相談支援センター</b> やまがたし しるにしまち 山形市城西町 2-2-22 ☎023-646-5660 FAX.023-645-9073 E-mail:soudan@yamagatashishakyo.or.jp
● <b>地域活動支援センター おーる</b> やまがたし しょうなんまち 山形市城南町 2-4-25 ☎023-647-4266 FAX.023-647-4268 E-mail:sien-all@ma.catvy.ne.jp	● <b>相談支援事業所 まんさく</b> やまがたし ぎおう ほんごう 山形市蔵王半郷 1366-2 ☎023-688-3531 FAX.023-688-3532 E-mail:mansaku@pure.ocn.ne.jp
● <b>山形コロニー 相談支援センター</b> やまがたし さくらだみなみ 山形市桜田南 1-19 ☎023-641-2626 FAX.023-666-8853 E-mail:soudan-info@yamagata-colony.or.jp	● <b>向陽園地域生活支援センター 心音</b> やまがたし えまた 山形市江俣 1-9-26 ☎023-679-3244 FAX.023-679-3744 E-mail:soudan-kokorone@y-aisenkai.or.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 〒990-8540 山形市旅籠町 2-3-25  
 山形市福祉推進部障がい福祉課 TEL.023-641-1212(内線)625・397 FAX.023-632-7091

これは音声コードです。  
 専用の装置を使用することで、  
 文章を音声で聞くことができます。



# こんなときにヘルプカードをお役立てください

にちじょう

## 日常で

- ちょっとした手助けが必要なもの
- 配慮して欲しいことを伝えるとき

きんきゅうじ

## 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

さいがいじ

## 災害時に

- 安全に避難できるような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 R7年 7月 1日**

氏名： **山形 太郎** 性別 (男)

住所： **山形市 〇〇〇 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： **H〇年 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： **〇〇〇〇, ΔΔΔΔ**

緊急連絡先： 氏名 **山形 紅子**

住所： **山形市 〇〇〇 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。

これは音声コードです。専用の装置を使用することで、文章を音声で聞くことができます。

