

(仮称)ヘルプカードの作成について

1. 趣旨

日常生活で支援が必要な方が、緊急時や災害時などに周囲の人に円滑に手助けを求められるように、障害のある方に常時携帯していただける“(仮称)ヘルプカード”を作成し、普及を図る。

2. (仮称)ヘルプカードの形式

- ・携帯しやすいよう、カードサイズとする。
- ・親しみやすいデザインとするため、イメージキャラクターに「ココロン」を使用し、字体は「HG 丸ゴシック M-PRO」とする。

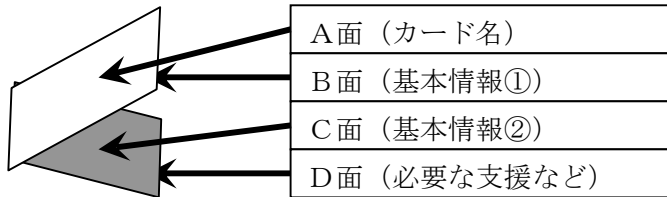
※「ココロン」について

平成 14 年、市民公募によりウエルフェアのキャラクターとして選ばれた。ウエルフェアだけでなく障害理解促進のシンボルとしての活用の一環としてヘルプカードに使用。

- ・記載項目は検討会構成団体等への記載項目調査で必要性が高かったもので構成する。
- ・各障害等に応じて適切に使用できるよう、切り取ってカードのD面などに貼付できる様々なパターンの記載項目テンプレート(裏面参照)を作成し、チラシ等に掲載する。

3. ヘルプカードデザイン・様式

- ・サイズ：W85mm×H57mm（横開き全4面）



<p><b>A 面</b></p> <div style="text-align: center;">  <p>ヘルプカード</p> <p>障害理解促進キャラクター「ココロン」</p> <p>あなたの支援が必要です。</p> </div>	<p><b>B 面</b></p> <p>ふりがな <span style="float: right;">男 けつえきがた</span>  <b>氏名：</b> <span style="float: right;">女 血液型： 型</span></p> <p>せいねんがっぴ 大正・昭和  <b>生年月日：</b> 平成 年 月 日</p> <p>じゅうしょ  <b>住所：</b></p> <p>きんきゅうれんらくきき  <b>緊急連絡先</b></p> <p>ふりがな <span style="float: right;">本人との</span>  <b>氏名：</b> <span style="float: right;">関 係：</span></p> <p>でんわばんごう  <b>電話番号：</b></p>
<p><b>C 面</b></p> <p>しょうがいしゅべつ・しゅべいなど  <b>障害種別・疾病等</b></p> <p>しゅべつ  <b>種別：</b> 身体・知的・精神・その他( )</p> <p>しょうがいめい・びょうめい  <b>障害名・病名：</b></p> <p>しょうじょう  <b>症状：</b></p> <p>かかりつけ医療機関 <span style="float: right;">いりょうきかん</span>  <b>病院名：</b> <span style="float: right;">しゅじい</span>  <b>主治医：</b></p> <p>でんわばんごう  <b>電話番号：</b></p>	<p><b>D 面</b></p> <p>にがて  <b>苦手なこと・できないこと</b></p> <p>ひつよう しえん  <b>必要な支援など</b></p>

※テンプレート案

<p><b>医療情報</b></p> <p>病名：.....</p> <p>かかりつけ医療機関：.....</p> <p>電話番号：..... 主治医：.....</p> <p>のんでいる薬：.....</p> <p>使用している装具 (医療機器)等：.....</p> <p>アレルギーの 有無・種類：.....</p>	<p><small>しえんじぎょうしょ</small> <b>支援事業所</b></p> <p><small>しぎょうしょめい</small> 事業所名：.....</p> <p><small>だんとうしゅ</small> 担当者：..... <small>でんわばんごう</small> 電話番号：.....</p> <p>災害時の予定避難所：.....</p> <p><small>きんきゅうじけいこう</small> 緊急時携行する荷物の所在： <small>にものつ</small>..... <small>しよざい</small>.....</p>	<p>お願い 私は、難病の患者です。私が倒れている場合は、 最寄りの救急医療施設に運んでください。また、 下記の連絡先にご連絡をお願いします。</p> <p>病名：.....</p> <p><b>緊急連絡先</b></p> <p><small>ありがな</small> 氏名：..... <small>ほんにんと</small> 本人との <small>かんけい</small> 関係：.....</p> <p>電話番号：.....</p> <p>医療機関名：.....</p> <p>電話番号：..... 主治医：.....</p>
<p><input type="checkbox"/>目が不自由です。<input type="checkbox"/>足が不自由です。 <input type="checkbox"/>耳が不自由です。<input type="checkbox"/>手が不自由です。 <input type="checkbox"/>コミュニケーションが苦手です。 <input type="checkbox"/>移動のときに誘導してください。 <input type="checkbox"/>簡単な言葉で説明してください。 <input type="checkbox"/>周りの状況を説明してください。 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	<p>好きな遊び：.....</p> <p>好きな歌：.....</p> <p>泣き止まないとき：.....</p> <p>苦手なこと：.....</p> <p>お気に入りの言葉：.....</p> <p>好きな食べ物：.....</p> <p>嫌いな食べ物：.....</p>	<p>自由記述</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>