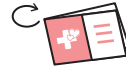


つかいかた



① じゃばらに折ります。



② 2つに折ります。

きりとり



きんきゅうじ
緊急時
SOS
カード

きんきゅうじ なか あ
緊急時には中を開けてください

わたしについて

ふりがな		生年月日	
名前		愛称 ()	
住所 〒		性別 男 女 他	
電話		携帯電話	
学校・園・職場・通所施設			
名称		住所	電話
名称		住所	電話
家族 (名前 / 生年月日)			

緊急連絡先

名前	関係	連絡先
名前	関係	連絡先

医師・医療関係者に伝えたいこと

持病・障害

血液型 アレルギー (なし・あり)

使用中の薬 (なし・あり)

かかりつけ病院

名称	住所	電話
名称	住所	電話

かかりつけ薬局

名称	住所	電話
----	----	----

【制作】輪母ネットワーク
【協力】生野区学童期のこども支援連絡会

助けてくださる方へ 裏面

きりとり

たにおり

やまおり

たにおり

やまおり

たにおり

やまおり

たにおり

きりとり

✦ たにおり

助けてくださる方へ

コミュニケーションについて

食事について

排泄について

支援について

その他

きりとり

✦ たにおり

緊急時 SOS カード記入例

～わたしたち、こんなふうに書きました～

① 表紙・ウラ表紙

まずは一番に知ってほしい事を書きます。

子どもが理解できるように普段から呼ばれている呼び名(愛称)を書きました。

障害名をはっきり書きました。

防犯面を考慮して、あえてここでは障害名を書かずにしました。

② わたしについて

カードを持つ本人と、その家族の情報を記入します。

家族の名前だけでなく、容姿も伝えられるように、家族写真も合わせて持つようにしました。

③ 医師・医療関係者に伝えたいこと

障害名や持病、アレルギーや使用中の薬について記入します。

薬を使わないことも情報になるので「特になし」とはうきり書きました。

うちはアレルギーについての対応が多く、書ききれないので、裏面の「その他」に追加で書きました。

使用中の薬が多いので、ここには「別紙参照」と書き、お薬手帳のコピーと一緒に持つことにしました。

「まもくん」と声をかけてください
Eヒェン所持

緊急時には声を聞いてください



わたしについて

お名前 わはは まもる 性別 女

名前 輪母 まもる 愛称 まもくん

住所 544-0000 大阪府 大阪市 生野区 00丁目0番

学校・園・職場・通所施設 06-6XXXX-XXXX

電話 06-6XXXX-XXXX

家族 (名前/生年月日)

輪母 太郎 (1970.4.9) 輪菜 花子 (1975.3.11) 輪菜 こころ (2006.7.31)

緊急連絡先

名前 輪母 太郎 関係 父親 連絡先 090-XXXX-XXXX

名前 輪菜 花子 関係 母親 連絡先 090-XXXX-XXXX

医師・医療関係者(伝えたいこと)

持病・障害 自閉スペクトラム・お肌障害

血液型 A アレルギー 乳・卵

使用中の薬 〇〇〇(産前産後用)・△△△△(向精神薬)

Eヒェン所持

かかりつけ病院 住所 大阪府 大阪市 生野区 〇〇丁目〇番

名前 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

かかりつけ薬局 住所 大阪府 大阪市 生野区 〇〇丁目〇番

名前 〇〇 X 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

電話 06-6XXXX-XXXX

電話 06-6XXXX-XXXX

助けてくださる方へ裏面

助けてくださる方へ

コミュニケーションについて

本人の正面から話しかけてください。理解しているも返事が出来ないことがあります。言葉の説明だけでは理解が難しいので、物やイラストを見せて説明してください。

食事について

ひとり食事をする事が出来ます。

自分で配膳する事は難しいです。自分で食べる分だけ手渡ししてください。アレルギーの入った食料を自分で選べる事ができません。

排泄について

初めての場所だとトイレにひとりで行くことができません。

付き添いが必要です。慣れない場所だと失禁することがあります。委務の保持が難しいので、洋式トイレの役使できません。

支援について

見通しが立たないといふ状況になります。次の予定を知らせてください。

初めての場所、大きな音のする場所では大きく不安を感じます。パニックになった場合は、安全な場所に移動ししばらく見守ってください。

その他

「お助け熱線ツリハバシ」が大好きです。好きなキャラクターのグッズで持ち物があります。

送迎運転があるのてインターホンを使用しています。

時々大きな声を出すことがあります。

配給の列に自分で並ぶことができません。

方角、視覚と連絡がつかない場合は、こちらに連絡してください。

輪菜 イクワ (父方祖母・徳島県徳島市 〇〇町〇番地 090-XXXX-XXXX)

全身の赤み・腫れ・赤きだむような様子・おう吐・じんましん等の症状が現れたらEヒェンを注射して救急車を呼んでください！
役い方は薬のホーチの中に同封しています。

こんな風に使っています

持っていることがわかるように自立場所につけています。

財布のなかに入れました。

災害時だけではなく普段から使えるように、通っている通所施設に渡しました。

常備薬とセットで持たせています。

園の遠足のときやガイドヘルパーさんとの外出時などに持たせるようにしています。

女の子なので防犯面が心配で、あえて目立ちにくい所につけました。

防犯面で本人に持たせるのは不安があったので、自宅に保管しています。記入することが我が子の振り返りに役立ちました。

防災バッグに取り付けました。

カードケースに入れて普段使っているバッグに取り付けました。



④ 助けてくださる方へ

本人のできること、できないこと、支援の仕方について記入します。災害時に自宅以外の場所へ過ぐす事を想定してみてください。

④-1 コミュニケーションについて
耳が聞こえないので、筆談をおねがいします。

簡単な単語で説明してください。

④-2 食事について
視覚障害があるので、自分に話かけているかわかりにくいです。最初に名前を呼びかけてください。

④-3 排泄について
自分の食事がどれかわかりません。直接手渡ししてください。

④-4 支援について
目が見えないため、便器の前まで連れて行ってください。

④-5 その他
自分で排泄のタイミングを知らせることができません。定期的に声をかけてください。

④-6 その他
下着の着脱がひとりでは難しいです。

④-7 その他
パニックになったときは静かなところでしばらく過ごさせてください。

④-8 その他
車いすを使用しています。

④-9 その他
表に書ききれなかったアレルギーのこと、薬のことを詳しく書きました。普段支援している家族に方がのことかあった時を考えて、遠方の親戚の連絡先を書きました。

【制作】 輪母ネットワーク

【協力】 生野区学童期のごども支援連絡会
※無断複製・改変・データ配信等を禁止します。