

私の連絡先

おそれいりますか私の代わりに
次の人に連絡をお願いします。

氏名 () 携帯
TEL

氏名 () 携帯
TEL

**目と耳が不自由な
わたしのコミュニケーション
手段です。**

耳元でゆくり大きな声で
手話でゆくり大きい声で

手のひらに書いて下さい
(カタカナまたはひらがな)

手話を目の前に近づけて下さい

目と耳が不自由なため、人との会
話が、困難です。周りの状況もこ
かみにくいです。

**耳が不自由な
わたしのコミュニケーション
手段です。**

手話、身振りをして下さい

紙や手などに書いて下さい

ゆくり、はっきり話して下
さい

補聴器をしています

人工内耳をしています

「わたしからのお願い」

○ 私は耳が聞こえず、言葉もう
まく話せませんので、何か大
切な情報があった時は、内容
を教えてください。

○ 筆談の時は、短文で簡潔に。

○ 放送内容は掲示してお知らせ
ください。

よろしくお願いします。

隣近所の人へ

何が起きているのですか？
急いで避難する必要があるの
ですか？

教えてください。

- 地震(による津波)など
- 大雨(による川の洪水)など
- 災害

**茨城県立聴覚障害者福祉センター
やすらぎ**

住所 〒310-0844 茨城県水戸市住吉町349-1
TEL 029-248-0029
FAX 029-247-1369
テレビ電話 029-303-7115・7116
ホームページ http://www.center-yasuragi.or.jp



記入日 年 月 日

| | |
|------------------|---------------------|
| ふりがな 名前 | 男女 |
| 住所 | 〒 |
| TEL 番号 FAX 番号 | |
| 携帯 mail | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 血液型 | A・B・O・AB・RH (+) (-) |
| 健康保険証 No. | (記号) (番号) |
| 病院名 | |
| 持病名 | |
| 常備薬 | |
| その他 | |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

○ はい
× いいえ

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| わ | ら | や | ま | は | な | た | さ | か | あ |
| を | り | ゆ | み | ひ | に | ち | し | き | い |
| ん | る | ぶ | む | ふ | ぬ | こ | す | < | う |
| ー | れ | ゝ | め | ゝ | ね | て | せ | け | え |
| | ろ | 。 | も | ほ | の | と | そ | こ | お |

SOSカード 指でさして教えてください

私の補聴器

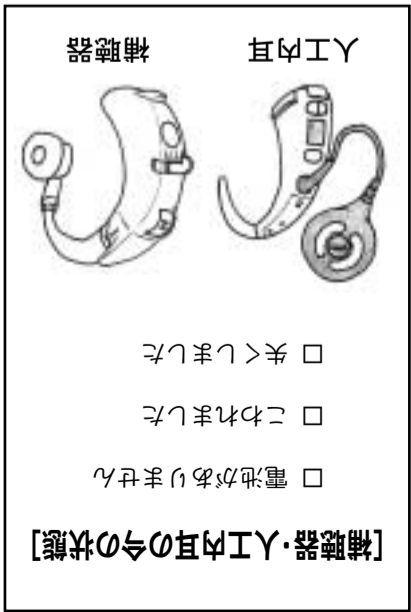
電池型番
販売店

人工内耳
補聴器メーカー

人工内耳
メーカー

機種名

機種名



寒い



暑い



探す



救う・救助



風邪



心配・不安



安否



安心・ほっとした



ありがとう



すみません



待つ・待機



携帯電話



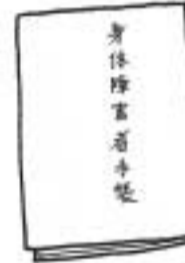
どこ



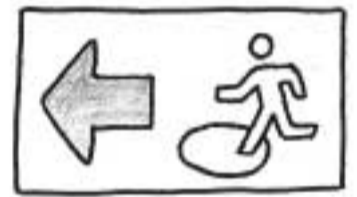
家族・ファミリー



身体障害者手帳



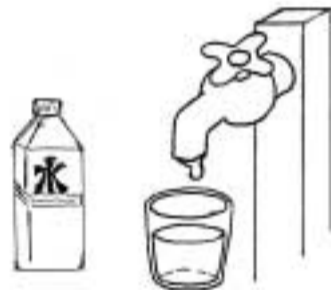
避難所



電池



水



風呂・入浴



毛布



懐中電灯



食べ物



トイレ



お金



灯油



ガソリン



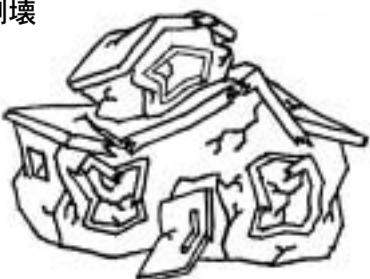
薬



病院



倒壊



半壊



コンビニ



警察署

