

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



©「座間市」

座間市



年 月 日記入

(ふりがな)		
氏名		(男・女)
住所		
連絡先		
生年月日	血液型	
年 月 日	型 (Rh + -)	
緊急連絡先	()	
	TEL :	

【医療などの情報】

障害名 病名など	
かかりつけ 医療機関	機関名 :
	TEL :
	主治医 :

大切な連絡 (このカードをご欄になった方へ)

本人の特徴、対応についてのお願い
(薬、アレルギー、装具、ストーマ等)

--