

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)