

あなたの支援が必要です
ヘルプカード



愛媛イメージアップキャラクター
みきやん

愛媛県新居浜市



〈私の医療情報〉

障がいや病気の名称と特徴	
飲んでいる薬	
アレルギー等	
かかりつけ医療機関	機関名: 電話番号: (主治医:)

平成 年 月 日 記入

ふりがな			
名 前			
住 所			
生年月日 (年齢)	T・S・H (歳)	年 月 日 性別 男・女	血液型 型 Rh+-

お願いしたいこと

緊急連絡先①
電話番号
呼んでほしい人の名前

緊急連絡先②
電話番号
呼んでほしい人の名前

緊急連絡先③
電話番号
呼んでほしい人の名前



このカードの中に
お願いしたいことが書いてあります。
中を開いてみてください。

自由欄
