

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	関係 ()
	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 (このカードをご覧になった方へ)

本人の特徴、対応についてのお願
(薬、アレルギー、装具、ストーマ等)

--