

発行：東浦町障がい支援課

●私、こんなことで困っています。(自由記述)

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



東浦町



❤️ 私の基本情報

●氏名 _____ 男・女

●住所 東浦町大字 _____

●緊急連絡先
氏名 _____ 続柄 (_____)
電話番号 _____
連絡先名 _____

✚ 私の医療情報

●障がい名 _____

●アレルギー _____

●血液型 (RH・+・-) A・B・O・AB _____

●飲んでいる薬 _____

●かかりつけ病院 _____

●主治医 _____ 科 _____ 医師 _____