

あなたの支援が必要です

ヘルプカード



愛媛県上島町



【私の医療情報】

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

年 月 日記入

ふりがな			
名前			
住所	愛媛県越智郡上島町		
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	性別 男・女	血液型 A・B・O・AB 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。