

あなたの支援が必要です

ヘルプカード



愛媛県松前町

愛媛県イメージアップキャラクター
みきゃん



【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	機関名： 電話番号： (主治医：)

年 月 日記入

ふりがな			
名前			
住所			
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	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：

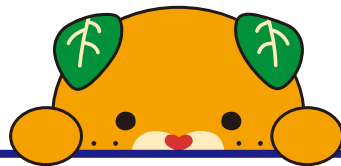
電話番号：

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。

中を開いて見てください。