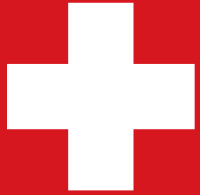


ヘルプカード



あなたの支援が必要です。

【かかりつけ病院】

TEL :

【かかりつけ病院】

TEL :

【かかりつけ病院】

TEL :

【緊急連絡先1】

TEL :

名前

続柄

【緊急連絡先2】

TEL :

名前

続柄

【私の医療情報】

種別 / 身体 知的 精神

その他

障害名・

持病

血液型: 型 Rh + -

【飲んでいる薬】

【苦手なこと】

※その他裏面も読んでください。

【配慮してほしいこと】

- ()が不自由です。
- 人工関節をしています。(股間、膝)
- ペースメーカーを使用しています。
- ストーマ用装具を使用しています。
- 補聴器 ・ 人工内耳をしています。
- ケガをしています。
- 移動の時は介助してください
- 緊急連絡先に連絡をしてください。
- 何が起きているのか教えてください。
- ゆっくり話してください。
- 紙に書いて教えてください。
- 人工透析をしています。

【配慮してほしいこと】

【アレルギーなど】

【副作用のある薬】

検査証番号

電話番号

西暦 年 月 日

住所

ふりがな

名前

ふりがな

【私の情報】