ヘルプカード（四つ折りタイプ）

服用している薬	
かかりつけ医の連絡先	
緊急連絡先	□自宅　□その他（　　　　　　）
	□自宅　□その他（　　　　　　）

障害・病名			
生年月日（年齢）	年　月　日（　歳）	血液型	
住所			
氏名			
ふりがな			

年　月　日作成

【自由記述欄】

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

豊能町

※　ヘルプカード（四つ折りタイプ）の作成方法をご覧ください。