



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

【自由記述欄】

※ 配慮してほしいこと等をご自由にご記入ください。



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

【自由記述欄】

※ 配慮してほしいこと等をご自由にご記入ください。



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

【自由記述欄】

※ 配慮してほしいこと等をご自由にご記入ください。

年 月 日作成			
(ふりがな)			
氏 名	(男・女)		
住 所			
生年月日	年 月 日	血液型 (型)	
		Rh + -	
障がい名・病名等：			
かかりつけ医療機関：			
TEL： - - (主治医：)			
緊急連絡先			
第1連絡先		続柄	
TEL：			
第2連絡先		続柄	
TEL：			

年 月 日作成			
(ふりがな)			
氏 名	(男・女)		
住 所			
生年月日	年 月 日	血液型 (型)	
		Rh + -	
障がい名・病名等：			
かかりつけ医療機関：			
TEL： - - (主治医：)			
緊急連絡先			
第1連絡先		続柄	
TEL：			
第2連絡先		続柄	
TEL：			

年 月 日作成			
(ふりがな)			
氏 名	(男・女)		
住 所			
生年月日	年 月 日	血液型 (型)	
		Rh + -	
障がい名・病名等：			
かかりつけ医療機関：			
TEL： - - (主治医：)			
緊急連絡先			
第1連絡先		続柄	
TEL：			
第2連絡先		続柄	
TEL：			

年 月 日作成			
(ふりがな)			
氏 名	(男・女)		
住 所			
生年月日	年 月 日	血液型 (型)	
		Rh + -	
障がい名・病名等：			
かかりつけ医療機関：			
TEL： - - (主治医：)			
緊急連絡先			
第1連絡先		続柄	
TEL：			
第2連絡先		続柄	
TEL：			