

あなたの支援が必要です

ヘルプカード



愛媛県イメージアップキャラクター
みきやん

愛媛県今治市



【私の医療情報】

障がいや病気の名称と特徴	
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：)

令和 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。