

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



のし ふじみ野市

■ 私の医療情報

しょうがい名・病名 _____

けつえきがた 血液型 _____ がた型 Rh + -

かかりつけの病院 _____

びょういん 病院の電話番号 _____

ふくやく 服薬 _____ あり有 ・ なし無

きにゆうねんがっぴ 記入年月日 _____

■ 私のこと

しめい 氏名 _____

せいねんがっぴ 生年月日 _____

じゅうしょ 住所 _____

でんわばんごう 電話番号 _____

■ 配慮してほしいこと

- () が不自由です
- じんこうとうせき 人工透析をしています
- ペースメーカーを使用しています
- () ほっさき 発作があります
- パニックになることがあります
- りゆう () 理由 ()

■ 緊急連絡先

だい 1 連絡先 _____

でんわばんごう 電話番号 _____ わたし かんけい 私との関係 _____

だい 2 連絡先 _____

でんわばんごう 電話番号 _____ わたし かんけい 私との関係 _____

だい 3 連絡先 _____

でんわばんごう 電話番号 _____ わたし かんけい 私との関係 _____

- アレルギーがあります
- ないよう () 内容 ()
- ひつだん 筆談で伝えてください
- しゅわ 手話で伝えてください
- かんたん 簡単な言葉で説明してください
- その他 _____

FAX番号 049-263-7119

電話番号 049-262-9032

ふじみ野市福祉部障がい福祉課

発行



カードを開いて見てください！

あなたの手助けが必至です！

■ 自由記載欄

Large empty box for free text entry.

※折りたたむとカードケースや障害者手帳のカバーに入ります