



【津野町ヘルプカード様式】

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 緊急連絡先<br>緊急電話番号：<br>名称等：<br>呼んでほしい人の名前： |  | 生年月日 (年齢)<br>年 月 日 ( 歳 )<br>性別 男・女<br>血液型 型Rh+-  |  |
| かかりつけ医療機関<br>機関名：<br>電話番号：<br>(主治医)     |  | 名前<br>フリガナ<br>-----<br>住所  |  |
| 障害や病気の<br>名称と持たよう                       |  | 西暦 年 月 日作成   |  |
| 飲んでいる薬                                  |  | 【自由記述欄】  |  |
| アレルギー等                                  |  | あなたの支援が必要です。<br><b>ヘルプカード</b><br>  高知県津野町 |  |