

(ふりがな)

■ 氏名 / 男・女

■ 生年月日 / T・S・H 年 月 日

■ 住所 / 知多市

【緊急連絡先①】

■ 氏名 / 続柄 ()

■ 電話番号 / - -

【緊急連絡先②】

■ 氏名 / 続柄 ()

■ 電話番号 / - -

【わたしの医療情報】

■ 障がい名・病名など /

■ 血液型 / A・B・O・AB (RH: +・-)

■ 食物アレルギー /

■ 飲んでいる薬 /

■ かかりつけの病院 /

(☎ - -)

■ 主治医 / 科 医師

発行：知多市福祉課



知多市



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

お願いしたいこと、苦手なこと など

.....

.....

.....

.....

.....

.....

発行：知多市福祉課