

デザイン①


【横開き】






山折り②

緊急連絡先

あなたのサポートが大切です

ヘルプカード



はい  いいえ  はい  いいえ  ありがとうございます  教えてください

名前 name 生年月日 date of birth
年 月 日

病気・障害名 Disease name 血液型 blood type
(RH)

緊急連絡先 Emergency contact phone number
①(続柄) / ②(続柄)

かかりつけ医 Primary care doctor
(電話 - -)

服用している薬 _____ 知っておいてほしいこと _____

身体の状態 _____

緊急時に飲む薬がある 身体に力が入りにくい 声が出ない
 足に麻痺がある 手に麻痺がある けいれん発作がある
 耳が不自由 目が不自由 呼吸器を使っている
 ペースメーカーを使っている 透析をしている
 アレルギイがある() その他()

(00の時は00として欲しいなど)
お願いしたいこと

山折り①


【縦開き】

山折り①

緊急連絡先

あなたのサポートが大切です

ヘルプカード



名前 name 生年月日 date of birth
年 月 日

病気・障害名 Disease name 血液型 blood type
(RH)

緊急連絡先 Emergency contact phone number
①(続柄) / ②(続柄)




かかりつけ医 Primary care doctor
(電話 - -)


お願いしたいこと
(00の時は00として欲しいなど)



服用している薬 _____ 知っておいてほしいこと _____

身体の状態 _____

緊急時に飲む薬がある 身体に力が入りにくい 声が出ない
 足に麻痺がある 手に麻痺がある けいれん発作がある
 耳が不自由 目が不自由 呼吸器を使っている
 ペースメーカーを使っている 透析をしている
 アレルギイがある() その他()

 はい  いいえ 

ありがとうございます  教えてください

わかりません  ありがとうございます  教えてください

山折り②