

**北海道**

**ヘルプカード**

あなたの支援が必要です。

【自由記述欄】

※ 配慮してほしいこと等をご自由にご記入ください。

**北海道**

**ヘルプカード**

あなたの支援が必要です。

【自由記述欄】

※ 配慮してほしいこと等をご自由にご記入ください。

年 月 日作成		
(ふりがな)	氏 名	
( 男・女 )		
住 所		
生年月日	年 月 日	血液型 ( 型) Rh + -
障がい名・病名等：		
かかりつけ医療機関：		
TEL： - - (主治医： )		
緊急連絡先		
第1連絡先		続柄
TEL：		
第2連絡先		続柄
TEL：		

年 月 日作成		
(ふりがな)	氏 名	
( 男・女 )		
住 所		
生年月日	年 月 日	血液型 ( 型) Rh + -
障がい名・病名等：		
かかりつけ医療機関：		
TEL： - - (主治医： )		
緊急連絡先		
第1連絡先		続柄
TEL：		
第2連絡先		続柄
TEL：		