

(表面)

(裏面)

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



かぬまし
鹿沼市

⑤ 医療に関すること

かかりつけの病院
電話

血液型 Rh + - 型

飲んでいる薬

アレルギーなど

① 私のこと

ふりがな
名前

住 所

生年月日 年 月 日

⑥ 自由記載らん

② 緊急連絡先

名前 電話 (Fax) わたし 私との 関係

名前 電話 (Fax) わたし 私との 関係

⑥ 自由記載らん

③ お願いしたいこと

Blank lines for writing requests

④ 障がいや健康状態などに関すること

Blank lines for writing health-related information

あなたの手助けが必要です。
カードを開いてください。

発行 鹿沼市保健福祉部障がい福祉課
電話 0289-63-2176 FAX 0289-63-2169