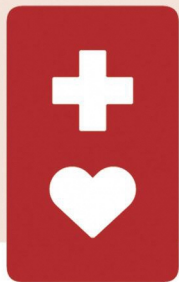


あなたの支援が必要です。

ヘルプカード

This "IZU" love!



① 私のこと

わたし
名前 なまえ 前

じゅう しょ
住所

せいねんがつび ねん がつ にち
生年月日 年 月 日

けつ えき がた がた
血液型 Rh + ・ - 型

② 緊急連絡先

なまえ ぞくがら
名前 (続柄)

でんわ
電話

・Fax

なまえ ぞくがら
名前 (続柄)

でんわ
電話

・Fax

③ かかりつけの病院・医師

びょういんめい
病院名

たんとういし
担当医師

でんわばんごう
電話番号

の くすり
飲んでいる薬

④ 障がい名・病名

はいりよ

⑤ 配慮してほしいこと

ペースメーカーを使用していますしょう

人工透析をしていますじんこうとうせき

パニックになることがあります

()

() が不自由ですふじゆう

() 発作がありますほっさ

() アレルギーがあります

その他た

ねが

⑥ お願いしたいこと

簡単な言葉で説明してくださいかんたん ことば せつめい

筆談で伝えてくださいひつだん つた

書いてあることを音読してくださいか おんどく

移動の際、介助してくださいいどう さい かいじょ

その他た

て だす ひつよう
手助けが必要です。

ひら
カードを開いてください。

※ご記入のうえ折りたたんでケースに入れてください
発行 伊豆市健康福祉部 社会福祉課
電話 0558-72-9863 FAX 0558-72-8638