

お願いしたいこと

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



北島町

年 月 日記入

【医療などの情報】

(ふりがな)

氏 名

住 所

電話番号

生年月日

年 月 日

血液型

型

緊急連絡先

TEL: () -

()

障がい名
病名など

かかりつけ
医療機関

機関名:

TEL:

主治医:

服薬、アレルギーなど