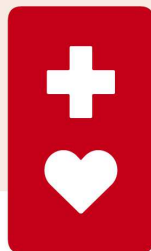


あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



キミと一緒に、育っていきたい。
Komaki

にがて
<苦手なこと・できないこと>

-
-

しえん ほ
<支援して欲しいこと>

-
-

記入日： 年 月 日

ふりがな 女 けつえきかた かた
氏名： 男 血液型： 型

せいねんがっぴ ねん がつ にち
生年月日： 年 月 日

じゆうしょ
住所： _____

きんきゆうれんらくさき ほんにん かんけい
<緊急連絡先> 本人との関係

ふりがな
氏名： _____

でんわ ほんごう
電話番号： _____

じゆうきじゆつ
<自由記述>

.....

.....

.....

.....

.....

記入日： 年 月 日

ふりがな 女 けつえきかた かた
氏名： 男 血液型： 型

せいねんがっぴ ねん がつ にち
生年月日： 年 月 日

じゆうしょ
住所： _____

きんきゆうれんらくさき ほんにん かんけい
<緊急連絡先> 本人との関係

ふりがな
氏名： _____

でんわ ほんごう
電話番号： _____

しょう しゆべつ しつぺい
<障がい種別・疾病など>

しゆべつ しんたい ちてき せいしん ほか
種別：身体・知的・精神・その他()

しょう めい びようめい
障がい名・病名： _____

しょうじよう
症状： _____

いりようきかん
<かかりつけ医療機関>

びよういんめい
病院名： _____

でんわ ほんごう
電話番号： _____

しゆじい
主治医： _____

記入日： 年 月 日

ふりがな 女 けつえきかた かた
氏名： 男 血液型： 型

せいねんがっぴ ねん がつ にち
生年月日： 年 月 日

じゆうしょ
住所： _____

いりようきかん
<かかりつけ医療機関>

びよういんめい
病院名： _____

でんわ ほんごう
電話番号： _____

しゆじい
主治医： _____

れんらくさき
連絡先①

なまえ つづきから
名前 続柄 ()

でんわ ほんごう
電話番号 _____

れんらくさき
連絡先②

なまえ つづきから
名前 続柄 ()

でんわ ほんごう
電話番号 _____