

外枠を切ってお使いください。

表面

① 折る

裏面

本人の特徴、対応についてお願い (薬、アレルギー、装具、ストーマなど)	性別 血液型 RH ± 生年月日 男・女 A・B・O・AB
	住所
連絡先	フリガナ 名前
連絡先	あなたの支援が必要です。 ヘルプカード  しがし 古河市
医療機関 (かかりつけ) 連絡先	
連絡先	
連絡先	
連絡先	

② 折る

