



甲 申 士



ハルカト

あなたの支援が必要です。

医療情報等

- 身体障がい：身体障害者手帳（種 級）
- 精神障がい：精神保健福祉手帳（級）
- 知的障がい：療育手帳（A1・A2・B1・B2）

障がい名・病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

本人情報

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女)

住所： \_\_\_\_\_

緊急連絡先：(氏名) \_\_\_\_\_

(TEL ) \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 血液型 \_\_\_\_\_ 型

私の症状・助けてほしいことなど

