

私が健康を手助けしてほしい

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



チーバくん

千葉県

ふりがな  
名前

住所

性別 男・女	血液型 A・B・O・AB	RH± +・-	生年月日 年 月 日
-----------	-----------------	------------	---------------

障害名  
病 名

**連絡先**

名前 関係 ( )

電話番号

名前 関係 ( )

電話番号

**医療機関(かかりつけ)連絡先**

医療機関名

担当医名

電話番号