


高次脳機能障害 こうじのう きのうしょうがい があります		
<h2>おねがいカード</h2> <p>あなた<small>あなた</small>の支援<small>ひつよう</small>が必要です</p>  <p>さいたま市 <input type="text"/> 高次脳 <input type="text"/> 検索</p> <p>さいたま市高次脳機能障害者支援センター</p>	<p>こまっています</p> <p><small>きおくしょうがい</small></p> <input type="checkbox"/> 記憶障害があります <p><small>ちゅういしょうがい</small></p> <input type="checkbox"/> 注意障害があります <p><small>しつごしょう</small></p> <input type="checkbox"/> 失語症があります <input type="checkbox"/> 段どりが苦手です <input type="checkbox"/> 気持ちの切りかえが苦手です <input type="checkbox"/> つかれやすいです <input type="checkbox"/> 道に迷いやすいです <input type="checkbox"/>	<p>おねがいます</p> <input type="checkbox"/> メモに書いてください <input type="checkbox"/> 短い言葉でゆっくり話してください <input type="checkbox"/> ひとつずつ伝えてください <input type="checkbox"/> 具体的に指示してください <input type="checkbox"/> 静かな場所で休ませてください <input type="checkbox"/> 落ち着くまで一人にしてください <input type="checkbox"/> いっしょにつきそってください <input type="checkbox"/>

私 <small>わたし</small> のこと	健康状態 <small>けんこうじょうたい</small> にかんすること	緊急連絡先 <small>きんきゅうれんらくさき</small>
<p>ふりがな 名前</p> <p>住所</p> <p>電話</p> <p>生年月日</p> <p>メモ</p>	<p>病気や障害名</p> <p>飲んでいる薬</p> <p>アレルギー</p> <p>血液型</p> <p>メモ</p>	<p>① ふりがな 名前 (私との関係)</p> <p>電話</p> <p>② ふりがな 名前 (私との関係)</p> <p>電話</p> <p><input type="checkbox"/> 電話してよいか聞いてください</p> <p>かかりつけ医療機関</p> <p>病院名</p> <p>電話</p>