

氏名： _____

生年月日： _____ 身長： _____ 体重： _____

番号（自宅）： _____ 携帯電話： _____

親／保護者の氏名： _____

電話番号： _____

健康保険の会社： _____

ID番号： _____ 団体番号： _____

主な使用言語またはコミュニケーションの方法： _____

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

特別な安全のための指示、危機計画、ホットラインの電話番号： _____

特殊な状況、治療の変更、普通と異なる所見、医療機器または耐久医療機器の使用（種類とサイズ）：

主な診断： _____

その他の診断または主な負傷がありますか？ _____

特殊な状況／備考： _____

アレルギー（薬品、食品、環境、接触、その他を含む。反応の内容を説明してください。）： _____

かかりつけ医の氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

優先する病院： _____

薬局の名称： _____

住所： _____

電話番号： _____

専門病院： _____

その他の医療プロバイダー（専門医、歯科医、セラピストなど）

プロバイダーの氏名： _____

種類： _____ 電話番号： _____

プロバイダーの氏名： _____

種類： _____ 電話番号： _____

プロバイダーの氏名： _____

種類： _____ 電話番号： _____

薬の名称： _____ 用量 _____ 頻度 _____

その他の情報： _____

あなたの医療情報を医師と話し合うことが許可されている、家族、保護者、またはその他の人。（18歳以上である場合、医師から渡されるHIPAAプライバシーフォームにこれらの人を含めてください。）

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

氏名： _____

関係： _____ 電話番号： _____

H.I. Doc



次のニューヨーク州Department of Health（保険局）のウェブサイトアクセスしてください：
health.ny.gov/community/special_needs/#

このカードの目的は、障害のあるお子さんを持つ親御さんと障害のある方たちが健康および医療の情報を整理するために役立てていただくことです。