



※必要^{ひつよう}なところ^{ところ}にチェック(☑)及び^{およ}き^{きにゆう}記入^{きんにゆう}をしてください。

びょういん しゅわつうやくしゃ 病院で手話通訳者が		<input type="checkbox"/> 必要 ^{ひつよう}		<input type="checkbox"/> 必要 ^{ひつよう} ない		です。						
だれが	<input type="checkbox"/> わたしが	<input type="checkbox"/> かぞくが	<input type="checkbox"/> その他()									
どうした	<input type="checkbox"/> びょうき 病気	<input type="checkbox"/> ケガ	<input type="checkbox"/> その他()									
しょうじょう状	<input type="checkbox"/> いしき ^な が ^な 無い <input type="checkbox"/> こきゅう ^な が ^な 無いまたはしているか ^わ 分からない											
	<input type="checkbox"/> いた 痛い <input type="checkbox"/> くるしい 苦しい <input type="checkbox"/> きぶん ^{わる} が ^{わる} 悪い <input type="checkbox"/> ち ^で が ^で 出ている											
	<input type="checkbox"/> たお 倒れた <input type="checkbox"/> こうねつ 高熱(°C) <input type="checkbox"/> その他()											
どこが	あたま 頭 <input type="checkbox"/> みみ 耳 <input type="checkbox"/> め 目 <input type="checkbox"/> はな 鼻 <input type="checkbox"/> ぐち 口 <input type="checkbox"/> のど 咽 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> くび 首	<input type="checkbox"/> むね 胸	<input type="checkbox"/> うで 腕	<input type="checkbox"/> おなか おなか	<input type="checkbox"/> ふともも 太腿	<input type="checkbox"/> あし 足	<input type="checkbox"/> かた 肩	<input type="checkbox"/> せなか 背中	<input type="checkbox"/> こし 腰	<input type="checkbox"/> て 手	<input type="checkbox"/> その他()
その他の ^{ないよう} 内容												

※この点線の枠の中は、「いざ」というときのために先に書いておいてください。

わたしは <input type="checkbox"/> ちょうかく 聴覚												<input type="checkbox"/> げんご 言語												しょうがい に障害があります。											
あなたの なまえ 名前				ふりがな				せいべつ 性別		おとこ 男		おんな 女		けつえきがた 血液型		がた 型																			
								せいねんが 生年月日		TH S		ねん 年		が 月		にち 日(さい 歳)																	
あなたの いま 今いるところ				じゅうしょ 住所：明石市 アパート・マンションのなまえ								どう 棟				ごうしつ 号室																			
ふあつくすばんごう FAX番号				でんわばんごう 電話番号(任意)																															
おも 主な病歴				いま 今ある病気				むかし 昔かかった病気				びょうき 																							
かかりつけ												びょういん ※病院や医院のなまえを記入																							

あかしし 明石市の FAX 119 通報は 局番なしの 119 番 です