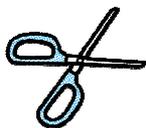


ふりがな	
氏名	
住所	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
電話番号	- -
緊急連絡先 (関係)	- - 親・子供・兄弟姉妹・他
使用ストーマ用装具	
購入先	
電話番号	
FAX	
メーカー名	
製品名	
サイズ	
製品番号	
メーカー名	
製品名	
サイズ	
製品番号	
メーカー名	
製品名	
サイズ	
製品番号	
非常用持出袋、自宅内外の場所といった複数の場所に、2週間分程度のストーマ装具等を備蓄しておき、1年に1回程度新しいものと交換しましょう。	



切り取って頂くと、愛知県の身体障害者手帳カバー（緑色）に収まるサイズになります