

早期警告サイン

名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私の早期警告サインは
1. _____
2. _____
3. _____

サインのどれかに気づいたら、私は

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

私の担当は _____ 電話番号 _____

私の主治医は _____ 電話番号 _____

私の家族で連絡するのは _____ 電話番号 _____

もし私が私の障害や治療について不安があれば、すぐに以下の人に連絡します。

名前 _____ 電話番号 _____