

受診サポートブック

医療機関の皆様へ

配慮の必要な方が安心して受診できるように、本人や家族の方が事前にお知らせしたいことを書き込みました。

ご協力をお願いいたします。



尾張中部福祉圏域
障害者支援協議会運営会議
(清須市・北名古屋市・豊山町)

利用開始日 (年 月 日)

(ふりがな)

なまえ

ニックネーム

生年月日

T・S・H 年 月 日生

性別 男・女 血液型 ()

障がい名・診断名等 (できるだけ詳しく)

1

障がいのある方・家族の方へ

◆ このサポートブックは、診療を受けるにあたり、コミュニケーションの取り方で配慮をお願いしたいことを中心にご記入いただくものです。

◆ ご記入につきましては、基本的に本人または家族が行ってください。

◆ このサポートブックに記載されていることは、個人情報ですのでなくさないようにご注意ください。

◆ このサポートブックは、清須市・北名古屋市・豊山町に住所地を有し配布を希望される方に役所などで配布しています。

問合せ先

尾張中部福祉圏域障害者支援協議会運営会議事務局
電話 (0568) 23-1550

手帳の所持 (該当する□にレ点を記入)

- 無し
- 療育手帳 (知的障害)
- 身体障害者手帳
- 精神障害者保健福祉手帳

保護者等について

保護者

氏名:

本人との関係:

電話番号:

自宅 () -

携帯電話 - -

保護者

氏名:

本人との関係:

電話番号:

自宅 () -

携帯電話 - -

2

健康情報

かかりつけ医連絡先 (有・無)

医療機関名

電話

医療機関名

電話

アレルギー (有・無)

てんかん発作 (有・無)

服薬 (有・無)

3

コミュニケーションの取り方

(該当する□にレ点を記入)

- 実物を見るとわかる
- 絵を見るとわかる
- 文字で書くとわかる
- 簡単な言葉は理解する
- 前もって手順が示されると理解しやすい
- 「はい」「いいえ」は表現できる (その他)

興味のあること、好きなこと

4

苦手なこと (該当する□にレ点を記入)

待つこと

じっとしていること

触れられること

初めてのこと

暗いところ

5

狭いところ

診療や処置を説明なしでされること

音、色、匂い

その他

* 裏面につづく

6

診察にあたりお願いしたいこと
(科)

診察にあたりお願いしたいこと
(科)

7

診察にあたりお願いしたいこと
(科)

歯科診察にあたりお願いしたいこと

- うがいができる
- ハミガキができる

9

これまでの病歴・受診歴

| 年月日 | 病歴・受診歴／医療機関など | 記入者 |
|-----|---------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

11

メモ

| 年月日 | 内容 | 記入者 |
|-----|----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

13

診察にあたりお願いしたいこと
(科)

診察にあたりお願いしたいこと
(科)

8

これまでの病歴・受診歴

| 年月日 | 病歴・受診歴／医療機関など | 記入者 |
|-----|---------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

10

メモ

| 年月日 | 内容 | 記入者 |
|-----|----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

12

メモ

| 年月日 | 内容 | 記入者 |
|-----|----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

14