

# 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  
障害者自立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

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 - -

問合せ先

尾張中部福祉圏域障害者

自立支援協議会運営会議事務局

電話 (0568) 23-1550

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