

受付で  
出してね

# にっしん 受診サポートカード

記入日： 年 月 日

## ★診察を受ける方の情報

ふりがな				愛称	*普段の呼び方		性別	男女
氏名				年齢	歳	学年		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 長い会話ができる <input type="checkbox"/> 短い(2、3語文程度)会話ができる <input type="checkbox"/> 話はできないが相手の言うことはほとんど理解できる <input type="checkbox"/> 見てわかる(実物・絵・文字) <input type="checkbox"/> その他( )							
好きなこと・もの	*キャラクター、おもちゃ、遊び、言われたりされたりするところなど							
苦手なこと・もの	<input type="checkbox"/> 待つこと <input type="checkbox"/> 見通しがつかないこと <input type="checkbox"/> 音 <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> 光 <input type="checkbox"/> 身体接触 <input type="checkbox"/> 初めての所 <input type="checkbox"/> 暗所 <input type="checkbox"/> 閉所 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他( )							

## ★配慮をお願いしたいこと

\*医療機関によっては対応できないこともあります。

- 車や別の場所で待たせてほしい。
- 順番が分かり、診察が近づいたら教えてほしい。
- 診察内容を詳しく説明してほしい。
- 治療器具の実物や絵などを見せてほしい。
- 治療のための練習をさせてほしい。
- 上手く出来たときに褒めてほしい。
- 苦手な処置(注射など)は気を逸らしてほしい。
- 体に触るときは声掛けしてほしい。
- パニックになっても気持ちが落ち着くまで待ってほしい。

補足・その他

[ ]

障害・診断名  
(あれば)主治医  
( )

## ★保護者の方へ

- ・複数の医療機関でご利用の場合はコピーしてご利用ください。
- ・医療機関の予約の際にサポートカードを持参すると伝えていただくスムーズです。

## ★医療機関へ

- ・このカードは問診票等と一緒に保管してください。

PDF版と記入例はコチラ

子ども部会 たけのやま

検索



『日進市障害者自立支援協議会』のページです。一番下までスクロールしてください。

お問合せ先

日進市障害者相談支援センター TEL: 0561-72-0853 FAX: 0561-75-6615