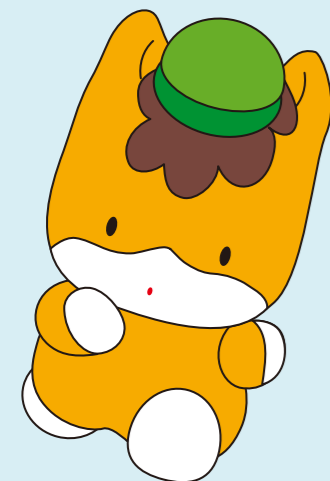


# 受診サポートメモリー



## 群馬県

【改訂版：平成27年3月】  
（初版：平成19年3月）

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

（愛称： \_\_\_\_\_）

生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

**障害の種類**（し点でチェック）※ 複数チェック可

知的障害 ダウン症候群

自閉スペクトラム症（ASD）

注意欠如／多動症（AD／HD）

限局性学習症（LD）

上記以外の発達障害（ \_\_\_\_\_ ）

精神障害 重症心身障害

身体障害

内容：視覚障害・聴覚障害

肢体不自由・内部障害

その他（ \_\_\_\_\_ ）

**手帳の種類及び等級**（○で囲む）

療育手帳 A1・A2・A3・B1・B2

精神保健福祉手帳 1・2・3級

身体障害者手帳 1・2・3・4・5・6級

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

### コミュニケーションの取り方（あてはまるものに○）

- ・実物を見るとわかる
  - ・「はい」「いいえ」は表現できる
  - ・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
  - ・「はい」「いいえ」は表現できる
  - ・前もって手順が示されると理解しやすい
- （その他） \_\_\_\_\_

### 興味のあること、好きなこと

### 苦手なこと（あてはまるものに○）

- ・待つこと
  - ・じっとしていること
  - ・初めてのこと
  - ・音、色、味、匂い
  - ・触られること
  - ・暗いところ
  - ・狭いところ
- （具体的に： \_\_\_\_\_）
- （その他・対応方法） \_\_\_\_\_

### <診察時にお願いしたいこと> ～保護者から医師へ～

#### 待合い場面

#### 診察場面

#### 注射・検査場面

#### その他

### <メモ>

### 医療機関の皆様へ

この「受診サポートメモリー」は、コミュニケーションや行動面に配慮の必要な方が受診する際に、医療機関に知っておいてほしい情報を記入するためのメモ帳です。

医療機関におかれましては、保護者（支援者）の方が書き込んだ情報を有効に活用されますよう、併せて医療上重要な注意事項の記入についてよろしくお願いいたします。

平成27年3月

群馬県健康福祉部障害政策課  
連絡先 電話 027-898-2648