

障がい者(児)向け「受診カード」をご利用ください。



～障がい等により、コミュニケーションに不安を感じている方へ～

障がい等により、医療機関を受診する際に、医師や看護師を始めとした医療スタッフとのコミュニケーション(聞くことや伝えること)に不安や不自由を感じている方のために、愛知県内の医療機関でご利用いただける「受診カード」を作成しました。

これは、ご本人又はご家族の方が、診察の際に必要な事項などをあらかじめ受診カードに記入しておき、医療機関を受診する際にご持参いただくことにより、医療スタッフとのスムーズなコミュニケーションを助け、安心して受診していただくためのものです。

受診カードは、裏面に直接ご記入のうえ、ご持参ください。

また、インターネットから用紙又は作成フォームをダウンロードすることもできます。

愛知県障害福祉課のホームページ又は<http://www.pref.aichi.jp/0000038969.html>

作成フォーム

(受診カード入力フォーム)
～白枠内に文字を入力します。白枠内には文字は入力できません～
～○と□は選択状態で該当する項目をお選びください～

記入日 平成 23 年 月 日

本人
フリガナ
氏名
性別
年齢
生年月日 年 月 日 性別 誕生日 歳
身長 cm 体重 kg
フリガナ
氏名
性別
職業
〒 郵便番号 市町村 丁目 番 号
フリガナ
氏名
性別
職業
〒 郵便番号 市町村 丁目 番 号

医療機関
身体障害者 障害 知的障害者 障害
精神障害者 障害 発達障害者 障害

アレルギー
なし あり
てんかん あり 無し

【コミュニケーション方法】
言語 聴覚 視覚 聴いた文 書いた文 文字 絵カード
その他

【言葉の理解】
読める 聞き取れる 読めない 聞き取れない
その他

【簡単なもの】
白衣 聴診器 舌圧子(舌を押さえるへら) 注射 点滴
光 におい
その他

【特殊】
多動 興奮 痛みに敏感 自傷行為
その他

持ち帰る
診察 注射・点滴
処方箋
その他

印刷確認

完成画面

愛診カード

記入日 年 月 日

受診者
フリガナ
氏名 性別 氏名 (精神)

探検者(付添者)
フリガナ
氏名 (精神)

病状の呼び方
性別 性別
年 月 日生(歳) 職業

身長 cm 体重 kg

障害
身体障害(級) 知的障害(級) 精神障害(級)
発達障害

アレルギー 無し あり

てんかん 無し あり

コミュニケーションの方法
言語 聴覚 視覚 聴いた文 書いた文 文字 絵カード
その他

口を開ける
できる 見せればできる できない その他

苦手なもの
白衣 聴診器 舌圧子(舌を押さえるへら) 注射 点滴 光 におい
その他

特徴
多動 興奮 痛みに敏感 自傷行為
その他

配慮をお願いしたいこと
待ち時間
診察
注射・点滴
処方箋
その他

印刷の費用に該当する場合は△印を記入してください。

戻る 良ければ、印刷してください(用紙はA4サイズをご使用ください)
修正するときは戻るキーを押します。

なお、医療機関によっては対応できない場合もありますので、各医療機関の窓口でご確認ください。

今後とも「受診カード」の普及に努めてまいりますので、ご理解をお願いいたします。

平成23年3月