

## コミュニケーションの方法

### 受診に際して医療機関にお願いしたいこと

**普段使っているお薬** (最新の情報を記入するか調剤薬局で渡された説明書を提示してください)

### かかりつけの医療機関

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 科) 電話 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 科) 電話 \_\_\_\_\_

記入日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 現在

受診サポートカードについての詳細は、愛知県心身障害者コロニー中央病院のホームページをご覧ください。 <http://www.aichi-colony.jp/>  
お問合せ：コロニー中央病院医事課 0568-88-0811 (代表)

4

## 受診サポートカード

—重症心身障害児（者）用—

医療機関の皆様へ

このカードは、医療機関と心身の発達に障害のある方とのコミュニケーションの向上に役立てていただくために、障害の程度、特徴、コミュニケーションの手段などが記載されています。是非、診療の際ご利用ください。

愛知県心身障害者コロニー

(本人または保護者が記入してください)

氏名 :

性別 : 男 ・ 女

生年月 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 生

### 連絡先

① 自宅

住所

電話

② 緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ )

住所

電話

**障害の種類** (○で囲む)

重症心身障害 身体障害 (部位 )

知的障害 精神障害 発達障害

障害名

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

手帳の種類と級・区分

( 手帳 \_\_\_\_\_ )

( 手帳 \_\_\_\_\_ )

**日常の状態**

身長 ( cm ) 体重 ( kg )

平熱 ( °C )

・アレルギー : 無 ・ 有 (薬剤・食品・その他)  
具体的に記入

・けいれん発作 : 無 ・ 有 (頻度 回 / )

・人工呼吸器使用 : 無 ・ 有  
設定

・酸素使用 : 無 ・ 有  
量・手段

・吸引器使用 : 無 ・ 有

・経管栄養 : 無 ・ 有  
( 経鼻 ・ 胃瘻 ・ その他 )

・便秘 : 無 ・ 有  
( 自然排便 ・ 下剤 ・ 浣腸 ・ 座薬 )

・その他の特記事項 :