

コミュニケーションの方法

- ・ 意図した身振り、サインが有る。単語の発語が有る。
- ・ コミュニケーションブックの活用。
- ・ 本人からの言葉は無いが、話しかけの反応である程度判断できる。
など

受診に際して医療機関にお願いしたいこと

- ・ 処置・検査等を行うときは声かけしてください。
- ・ 初めてのことや、介助者に不安があると、本人の緊張が強くなります。本人、介助者に十分な説明をお願いします。
- ・ 必死な抵抗が予想されるので、無理な抑制は避けてください。
など

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

〇〇病院（小児神経科） 電話 0568 - 00-0000

（ ）科 電話

記入日（ 2007 年 00 月 00 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）

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 : コロニー太郎

性別 : 男 ・ 女

生年月 : 西暦 19〇〇年 〇〇月 生

連絡先

① 自宅

住所 春日井市神屋町〇〇—〇

電話 0568—〇〇—〇〇〇〇

② 緊急連絡先（コロニー花子（母））

住所

電話 090—〇〇〇〇—〇〇〇〇（携帯）

家族の職場等の連絡先、携帯電話番号などを記入してください。（ ）内は名前、本人との関係も記入してください。

障害の種類 (○で囲む)

重症心身障害 **身体障害** (部位 主に四肢)

知的障害 精神障害 発達障害

障害名 脳性麻痺

アトーゼ型四肢麻痺 など

手帳の種類と級・区分

(身体障害者 手帳 1種1級)

(療育(愛育) 手帳 A判定)

日常の状態

身長 (135 cm) 体重 (30 kg)

平熱 (36.5 °C)

・アレルギー : 無 ・ **有** (薬剤・食品・**その他**)
具体的に記入 ハウスダスト

・けいれん発作 : 無 ・ **有** (頻度 5回/月)

・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 :
2002.6 胃食道逆流症の手術
口の中に指を入れる行動がある。
骨折しやすい。
季節の変わり目に喘息発作を起こすことがある。など