

受診サポート手帳

～安心して診てもらうために～

鳥取県では、他者とのコミュニケーションを取ることが困難な障害のあるかたが、医療機関において円滑に診療を受けることができるよう、医療機関に一人ひとりの健康状態や特性を伝えるための手帳「**受診サポート手帳**」を作成しました。



受診サポート手帳を使って…

- 話すのが苦手でも、健康状態や特性をわかってもらえる。
- 苦手なこと、避けてほしいことは何かがわかってもらえる。
- 安心できる、落ち着くことができる方法をわかってもらえる。

例えば
こんなときに使えます



初めて通う病院で…



歯医者さんで…



災害に遭ったとき…

【記入できること】

・診療に当たってお願いしたいこと。

コミュニケーションの取り方

避けてほしいこと・苦手なこと など

・健康に関する情報

主治医からの注意事項

アレルギー

服用薬の種類

など

・診療情報

など

参考：記入例

記載年月日 ○年○月○日

(ふりがな) なまえ とっとりたろう 鳥取 太郎
(愛称) _____
生年月日 昭和・平成 11年11月11日

性別 男 女 血液型 A型
身長 130 cm 体重 25 kg

障害の種類・診断名 (○で囲む)
知的障害 重症心身障害 精神障害
身体障害 (部位) _____ 高次脳機能障害
障害 (発達障害) (自閉症) _____
その他 _____

手帳の種類及び等級 療育手帳B 級

1 障害の程度・特性

障害手帳の種類や等級だけではわからない症状の補足をしてください。
例) 言語理解が弱い
動作がゆっくりしている 等

身長・体重など変動する内容については、鉛筆などの書き直しができる筆記用具で記入されると、その都度修正が簡単です。

保護者氏名 鳥取 一郎 続柄 父
連絡先 住所 鳥取市東町〇丁目〇
電話 XX-XX-XXXX
その他連絡先 〇〇会社
住所 鳥取市〇〇町〇〇
電話 XXXX-XX-XXXX

2 受診の際にお願いしたいこと

(1) コミュニケーションの取り方
(例: 言葉では理解できないので、動作で診療手順を説明してください。等)

本人とコミュニケーションを取る手段を詳しく記入してください。

(2) 避けてほしいこと、苦手なこと
(例: 白衣が苦手、大きな音が苦手 等)

眼鏡
大きな音

(3) その他
(例: 好きなこと、興味のあること、特記事項 等)

眼鏡が苦手で、医師が眼鏡をかけているとうまく受診ができない。
長時間じっとしていることができない。
〇〇(アニメ番組)が好き。

3 健康情報

(1) 障害についての主治医連絡先等

①病院・医院名 〇〇病院
主治医氏名 〇〇 〇〇
電話 □□(□□)□□□□
主治医からの注意事項
ぜんそくがあります。
糖尿病があり、食事療法をしています。

②病院・医院名 _____
主治医氏名 _____
電話 () _____
主治医からの注意事項 _____

③病院・医院名 _____
主治医氏名 _____
電話 () _____
主治医からの注意事項 _____

(2) アレルギー 有 無

牛乳、花粉

健康情報はできるだけ主治医と話をして記入してください。

4 診療情報

病名	風邪	病名	
病院・科名	△△医院 内科	病院・科名	
受診日	18年10月1日 記入者 父親	受診日	年 月 日 記入者
診療状況	やさしい言葉がけで、落ち着いて受診できた。	診療状況	

次回の診療を円滑にするため必要な場合だけ記入してください。「診療状況」欄は、円滑に受診できた状況や、できなかった状況を記入してください。次回の受診の参考になります。

病名	虫歯	病名	
病院・科名	〇〇歯科医院	病院・科名	
受診日	19年3月30日 記入者 母親	受診日	年 月 日 記入者
診療状況	治療器具の音を怖がって口を開けなかった。	診療状況	

* 手帳への記載は、本人、保護者、支援者のかたが記入してください。

配布場所

各市町村 各総合事務所福祉保健局 各児童相談所 県庁障害福祉課

○ご意見、ご要望、ご不明な点等についての問い合わせ先は…

県庁福祉保健部障害福祉課 子ども発達支援室

電話:0857-26-7865

ファクシミリ:0857-26-8136

E-mail:syogaifukushika@pref.tottori.jp