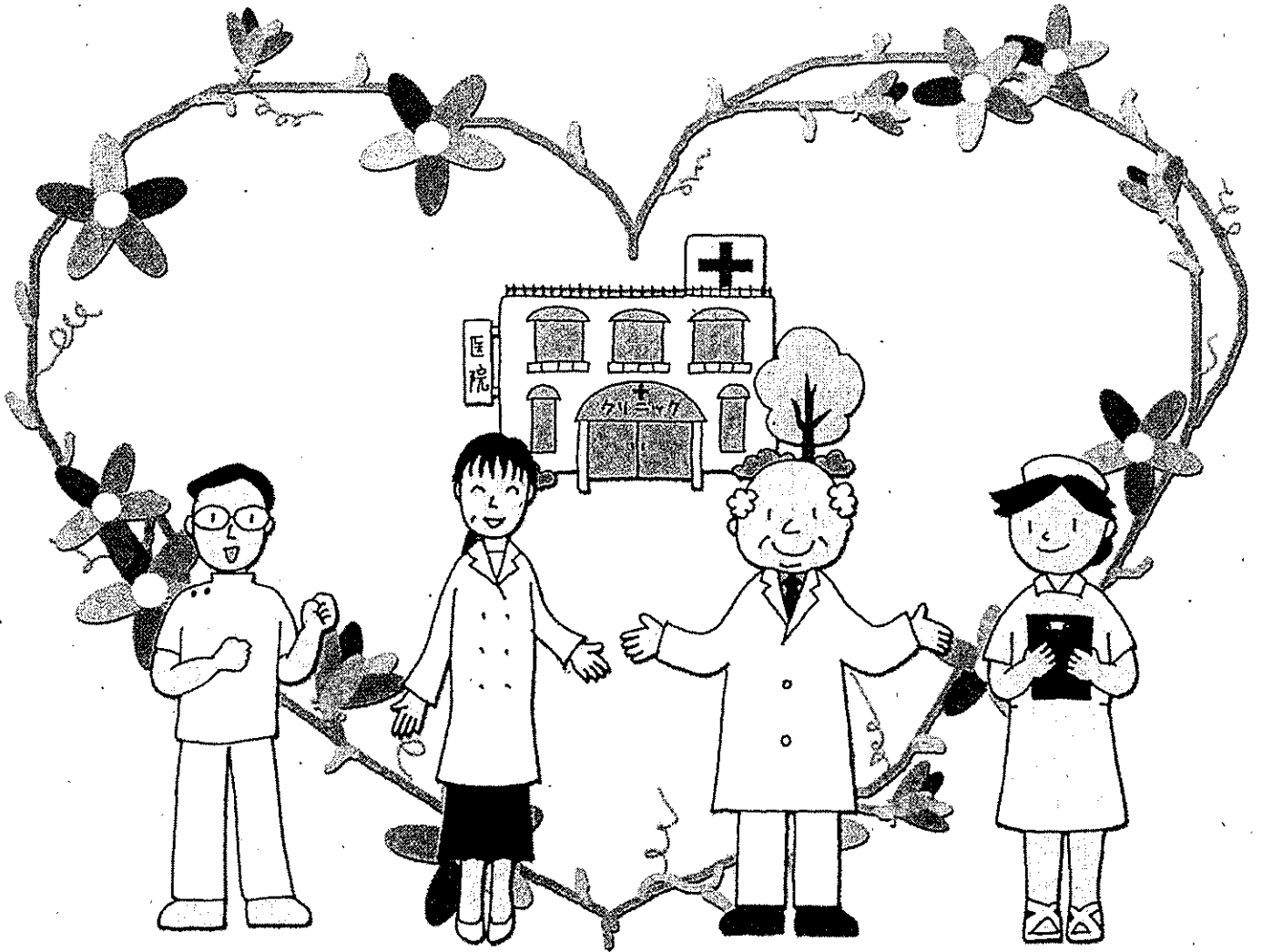


()の

いいよう
医療サポート手帳
てちょう



てちょう つか かな 手帳の使い方

ひょうし
・表紙の()に自分の名前を書いて、自分だけの手帳
をつく
を作りましょう。

・あらかじめ、「プロフィール」「医療機関に伝えておきたいこと」「健康情報」の各ページに必要な情報を書き込んでおきます。自分で書きにくいときは、自分のことをよく知ってくれている人に書いてもらいます。

ぐあい わる
・具合が悪くて医療機関を受診するときには、受診の前に「問診票」を書いておきましょう。

いりょうきかん じゅしん
・医療機関を受診するときに、手帳を持っていき、担当
の医師・看護師に渡して、見てもらいます。

たいせつ はなし
・大切な話は、医師や看護師に手帳に書いてもらうようにしましょう。

医療機関の皆様へ

知的障がい等によりコミュニケーションを取ることが苦手な障がい者は、大切な情報をうまく伝えられないため、適切な医療を受けられないことがあります。

大阪府では、障がい者が身近な地域で安心して医療を受けられるよう「障がい者地域医療ネットワーク推進事業」に取り組んでいます。

この手帳は、コミュニケーションを取ることが苦手な障がい者が、医療機関の皆様へ、医療や健康に関する情報や配慮して欲しいことを正しく伝えることにより、適切な診療を行っていただくために、推進事業の一環として作成しました。

皆様からの連絡事項に関しては、手帳の記入欄を活用していただき、確実な情報伝達を行えるようにしています。

また、手帳に記入されていない事項については、本人や付き添いの方に質問していただければと思います。

なお、手帳に書かれた個人情報には診療目的だけに利用させていただきますよう、お願いいたします。

プロフィール

なまえ
名前

たんじょうび
誕生日

しょうわ へいせい ねん がつ にち
昭和・平成 年 月 日

じゅうしょ
住所

でんわばんごう
電話番号

しんたいしょうがいしゃてちょう
身体障害者手帳

きゅう
級

りょういくてちょう
療育手帳

せいしんしょうがいしゃほけんふくしてちょう
精神障害者保健福祉手帳

きゅう
級

ほごしゃ
保護者

しめい
氏名

れんらくさき
連絡先

しえんしゃ
支援者

しめい
氏名

れんらくさき
連絡先

けんこうじょうほう
健康情報

しゅじい じょうほう
主治医の情報

いりょうきかんめい
医療機関名

しゅじいしめい
主治医氏名

しゅじい ちゅういじこう
主治医からの注意事項

くすり た もの
薬や食べ物のアレルギーについて

なし・あり (内容)

てんかんについて

なし・あり (発作の内容)

たいおうほうほう
(対応方法)

いぜんにかかった病^{びょう}気^き（その時^{とき}の年^{ねん}齢^{れい}）

例^{れい}）肺炎^{はいえん}（15歳^{さい}）

よくおこす症^{しょう}状^{じょう}

下痢^{げり}、吐^はく、便秘^{べんぴ}、風邪^{かぜ}、熱^{ねつ}、ぜん息^{ぜんそく}発作^{ほつさ}、じんましん^{など}等

の飲^のんでいる薬^{くすり}

いりようきかん つた
医療機関に伝えておきたいこと

わたし みな
私は皆から〇〇と呼ばれています

うまく つた あ くたいてき ほうほう
うまく伝え合う具体的な方法

じつぶつ みながら、も 持ってきた えカードを つか 使って、 たんご
で、 かんたん ぶん で ゆっくりと など

す
好きなこと・嫌いなこと

よろこ にかて しげき こうどう
(喜ぶものやかかわり、苦手な刺激や行動)

体調が悪い時のサイン

黙る、動き回る、痛いところを搔く、顔を叩く、
適切に訴えることができる等

パニックになった時は、こうすると落ちつきます。

抱きしめる、静かな所に行く、絵カードを示す等

特に配慮して欲しいこと

白衣を脱いで下さい、冷たいもので触らないで下さい、
静かに声をかけて下さい等

※ この問診票は見本です。コピーをとって使用してください。

もんしんひょう 問診票

いりようきかん い まえ せいり
医療機関に行く前に整理しておきましょう。

か
(書けるところを埋めてください)

じぶん なまえ ひつけ つき つき
自分の名前 _____ 日付 _____ 月 _____ 日 _____

• どんな具合ですか？

ねつ は け おうと べんぴ げり せき はなみず ずつう ふくつう
熱、吐き気、嘔吐、便秘、下痢、咳、鼻水、頭痛、腹痛、
その他の痛み(場所 _____)、イライラする、
ねむ
眠れないなど、けが、その他(_____)

• いつからですか？ _____ 日にちまえ
日前

• 思い当たる原因はありますか？

ない・ある(内容 _____)

• 何か対応をしましたか？

いいえ・はい(内容 _____)

• どこかで診てもらいましたか？

いいえ・はい(内容 _____)

• その他、医師や看護師に伝えたいこと

[_____]

身長 () cm 体重 () kg

□ にチェックして下さい。

食事 □ いつも通り食べている

□ いつもよりは少ない

□ 全く食べていない → () 日前から

飲水 □ 飲んでる → (一日量 (コップ何杯等))

□ あまり飲んでない → (一日量)

睡眠 □ いつも通り眠れている

□ いつもより眠れない

□ ほとんど寝ていない

最後にで出たのはいつですか？

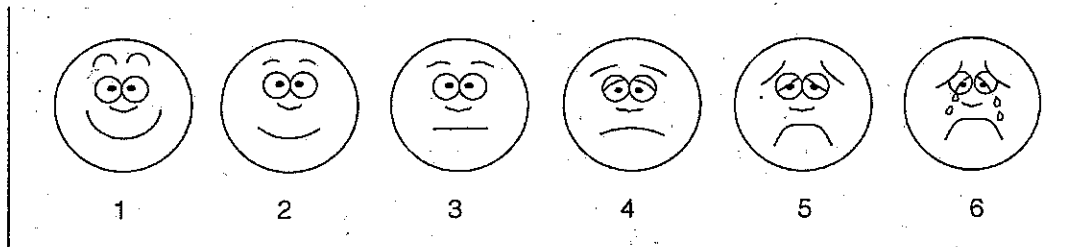
• 尿 _____ 時間前

いつもより多い、同じ、少ない (近いものに○をつける)

• 便 _____ 今日 _____ 日前

いつもより多い、同じ、少ない (近いものに○をつける)

• どれくらい痛いですか？ (Wong と Baker のフェイススケール)



れんらくさき
連絡先

よく行く医療機関の情報を書き、一覧表を作っておきましょう。

いりようきかんめい
医療機関名

しんりょうか たんとうい
診療科 (担当医)

じゅうしょ でんわばんごう
住所・電話番号

いりようきかんめい
医療機関名

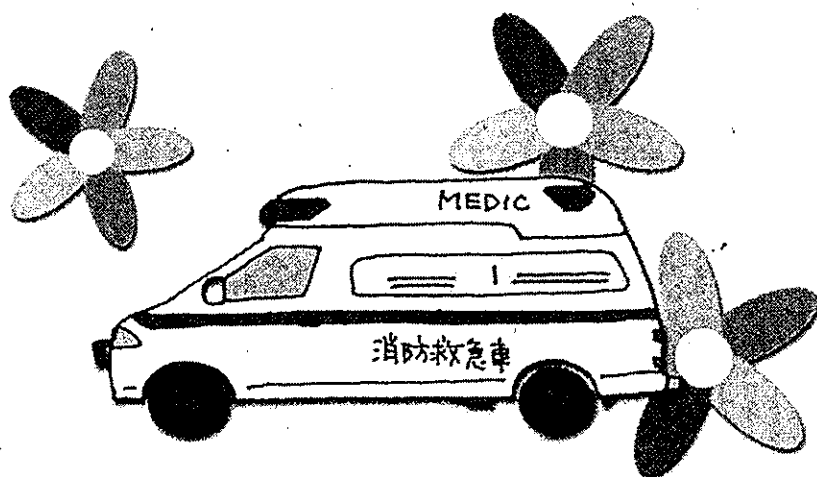
しんりょうか たんとうい
診療科 (担当医)

じゅうしょ でんわばんごう
住所・電話番号

いりようきかんめい
医療機関名

しんりょうか たんとうい
診療科 (担当医)

じゅうしょ でんわばんごう
住所・電話番号



大阪府

福祉部障がい福祉室

〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目 TEL 06(6941)0351(代表)