**受診のためのサポートシート**

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　氏名：　　　　　　　　　　　　　性別：

　　　 生年月日：　　 年　 月　 日　　年齢：　　 歳

記入者：　　　　　　 　 （続柄：　　　　）

記入日 ： 　　 年　　月　　日



**本人について　～知ってほしいこと～**



（経験したことがある診察内容を○印で囲む）

**これまでに経験したことのある診察・検査など**

小児科診察　　　耳鼻科診察　　　眼科診察　　　歯科診察　　　整形外科診察

予防接種　　採血　　点滴　　心電図　　レントゲン　　超音波検査　　ＣＴ　　ＭＲＩ

脳波　　聴力検査　　耳垢とり　　視力検査　　点眼　　入院（　　　　）　手術（　　　　）

その他（　　　　　　　　　　　　）



**本人が飲める薬のタイプについて**



錠剤　　カプセル　　粉薬　　シロップ

※薬の飲ませ方で工夫していること

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（可能な方法を○印で囲む）



徳島県発達障がい者総合支援センター



（該当する箇所に✓点を記入）

**コミュニケーションについて　～本人ができること～**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 言葉でやりとりができる |
|  | 文字や絵（カード）を見てやりとりができる |
|  | ジェスチャーでやりとりができる（指さし等） |
|  | 簡単な言葉はわかる（物の名前、あいさつ等） |
|  | 「はい」「いいえ」がわかる |
|  | コミュニケーションが難しい |



【その他】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 苦手なこと | 対　応 |
|  | 待つこと |  |
|  | 触られること |  |
|  | 初めてのこと |  |
|  | 暗い・狭いところ |  |
|  | 音・匂い・色　 |  |



**苦手なことと、その対応**

（該当する箇所に✓点を記入）

【その他】



診察にあたりお願いしたいこと



徳島県発達障がい者総合支援センター