

【健康のしおり】

身体に障がいがある場合、診察に必要なコミュニケーションがとりにくいことがあります。スムーズに診療が受けられるよう普段の健康状態や受診状況、診察時の留意点などを主治医、家族で事前に記入いたしました。

必要なページをコピーしてカルテに保存するなど診療にぜひお役立てください。

今回の受診で今後の健康管理に役立つ情報があれば、お手数ですが裏面にご記入下さい。ご協力をよろしくお願いいたします。

名前 _____ (男・女)

(呼び名) _____

S・H 年 月 日生

連絡先

- 保護者名 (続柄)
- 住所 〒 _____
- 自宅電話 () _____
- 携帯電話 () _____
- ほかの連絡先

障がいの程度・種類

- 身体障がい者手帳 _____ 種 _____ 級
(肢体不自由・聴覚・視覚・その他)
- 運動の障がいの程度
寝返り (可・不可) 座位 (可・不可)
立位 (可・不可) 歩行 (可・不可)
- 知的障がい (なし・あり) _____ 才程度)
*療育手帳: 未判定・非該当
軽度C・中度B・重度A

-1-

障がいに関する受診医療機関



- 疾患名
- お薬などの治療 (のめる薬: 錠剤・カプセル・粉・液)
内容: _____
- 病院・医院名
- 担当医 TEL () _____ (科)
- 受診頻度 _____ 回/週 _____ 回/ヶ月

-3-

最近の医学所見・医師から見た留意点

*平成 年 月 日
*記入者



-5-

「健康のしおり」は

豊田市福祉事業団のホームページからダウンロードすることができます。

自由に印刷・コピーして医療機関の利用にお役立て下さい。

「身体の障がいのある人むけ」と「知的・発達障がいのある人むけ」の二つの種類があります。今後もよりよいものにしていくために、ぜひご意見をお寄せ下さい。

<発行>
豊田市

<問い合わせ先>



豊田市福祉事業団 豊田市こども発達センター
〒471-0062愛知県豊田市西山町2-19
TEL 0565(32)8980 FAX 0565(32)8987
E-mail fukushijigyodan@city.toyota.aichi.jp
HP <http://www.fukushijigyodan.toyota.aichi.jp>

-2-

普段の健康状態

- 身長 _____ cm 体重 _____ kg (年 月計測)
- 平熱 _____ °C
- 血液型 _____ 型Rh ()
- 血圧 (/) 年 月測定)
- 酸素飽和度 (%)
- アレルギー 無・有 ()
- 禁忌薬 無・有 ()
- てんかん発作 無・有 (頻度) _____
*発作が起きたときの対応

-4-

普段うけている医療的ケアなど

- 食事栄養 (食事・経管栄養・両方併用) _____
水分 (そのまま・とろみ必要) _____
食事形態 (普通食・経管栄養 (経鼻経管・胃ろう・腸ろう) _____
*内容 チューブのサイズ _____、商品名 _____
- 吸引 (不要・口鼻腔吸引・気管内吸引) _____
- 呼吸管理 (不要・IPUI・酸素療法・人工呼吸器) _____
*内容 _____
- 導尿 (不要・要) _____ 加サバ fr _____
- 吸入 (不要・要) _____
*内容 _____
- 使っている装具
電動車いす・車いす・歩行器・杖・座位保持装置
上肢装具・下肢装具・他 () _____
- そのほか



-6-

診察時に参考にしてほしいこと

- *楽な姿勢
- *関節拘縮 (部位) _____
なし・あり
- *動きの制限 (関節) _____
なし・あり
- *コミュニケーションの方法
理解 話し言葉 (文章・短文・単語)・手話・口話・文字・絵・実物・ほか ()
表出 話し言葉 (文章・短文・単語)・手話・筆談・指さし・発声・ほか ()
- *その他 (苦手なこと・あると落ちつくものなど)

かかりつけの家庭医



●病院・医院

電話 () -

●病院・医院 (歯科)

電話 () -

よく出される薬 (抗生物質、痛み止め、下痢止めなど)

Blank lines for listing common medications.

追加の情報

Blank lines for additional information.

*記入日と記入者名もお願いします

平成 年 月 日

記入者

追加の情報

Blank lines for additional information.

*記入日と記入者名もお願いします

平成 年 月 日

記入者

追加の情報

Blank lines for additional information.

*記入日と記入者名もお願いします

平成 年 月 日

記入者

時々受診する病気・以前治療した病気

●病名

病院・医院 (科)

治療経過

●病名

病院・医院 (科)

治療経過

●病名

病院・医院 (科)

治療経過



追加の情報

Blank lines for additional information.

*記入日と記入者名もお願いします

平成 年 月 日

記入者

追加の情報

Blank lines for additional information.

*記入日と記入者名もお願いします

平成 年 月 日

記入者

追加の情報

Blank lines for additional information.

*記入日と記入者名もお願いします

平成 年 月 日

記入者

