

自分の障害の記入欄 【医療受診時障害特性記入シート】

この記入欄は、医療機関に提示し受診をスムーズに行うためのものです。
 できるだけ具体的に記入してください。
 お一人で記入が難しい方は、ご家族や支援者の方と一緒に記入してください。
 ※医師などには、コピーを渡してください。
 ※必要があれば、拡大コピーしてご記入ください。
 ※おくすり手帳がある際は、ご提示ください。

記入日 ○○年○月○日

ふりがな 氏名	ちょうふ たろう 調布 太郎		障害の状況	意思疎通はできるが、言葉のやり取りが苦手なので、 質問されても理解できない事も多い。	
住所	〒000-0000 調布市○○町○-○-○			事故による下肢機能障害 愛の手帳○度 聴覚障害○級 ○○○病 幻覚、妄想あり。不安感が強い。睡眠障害あり。	
電話番号 (FAX)	042-XXX-XXXX	携帯電話	080-XXXX-XXXX	★現在の体調で困っていること	だるさがあり、疲れやすい。
メール	xxxxxx@xxxxx.jp			昨夜から下腹部にひどい腹痛がある。吐き気はない。 夜に悩み事を考えてしまい、眠れない日が多い。 右奥の歯が痛い。	
生年月日	XX年XX月XX日	血液型	X 型	★特にお願したいこと	
緊急 連絡先	氏名 ちょうふ はなこ 調布 花子	続柄 / 関係性	母	電話番号	042-XXX-XXXX
住所	調布市○○町○-○-○			医師	ゆっくり話しかけてほしい。 長時間かかるときは声掛け して安心させてほしい。 説明の時は、支援者でなく、私の顔 を見ながら話してください。
現在 かかっている 医療機関	病院名・診療科 ○○○病院 ○○科			医療スタッフ	手を振るなど合図でお知らせをお願いします
服薬中の薬 名称	XXX剤 ○○○剤	量	朝・夕 1日3回	その他 (何かあれば)	
			効果・効果など		XXX ○○○