



# 受診カード



**愛知県** このカードは、診察の際に配慮を希望する方であって、自ら申し出ることが難しい方が携帯しているものです。診察に当たっては、できる限り配慮していただきますようお願いいたします。  
協力：愛知県医師会、愛知県歯科医師会

●記入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

●受診者

フリガナ： \_\_\_\_\_

●氏名： \_\_\_\_\_

●性別： \_\_\_\_\_

●保護者（付添者）

フリガナ： \_\_\_\_\_

●氏名： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

●普段の呼び方（ \_\_\_\_\_ ）

●住所： \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生（ \_\_\_\_\_歳）

●携帯： \_\_\_\_\_

●身長 \_\_\_\_\_ cm ●体重 \_\_\_\_\_ kg

●障害：  身体障害（ \_\_\_\_\_級）  知的障害（ \_\_\_\_\_級）  精神障害（ \_\_\_\_\_級）  
 発達障害（ \_\_\_\_\_級）

●アレルギー：  なし  あり（ \_\_\_\_\_ ）

●てんかん：  なし  あり

●コミュニケーションの方法

： 会話（  単語  短い文  長い文 ）  文字  絵カード  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

●口を開ける： できる  見せればできる  できない  その他（ \_\_\_\_\_ ）

●苦手なもの： 白衣  聴診器  舌圧子（舌を押さえるへら）  注射  点滴  音  
 光  におい  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

●特徴： 多動  奇声  痛みに敏感  自傷行為  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

●配慮をお願いしたいこと

●待ち時間  
（ \_\_\_\_\_ ）

●診察  
（ \_\_\_\_\_ ）

●注射・点滴  
（ \_\_\_\_\_ ）

●投薬  
（ \_\_\_\_\_ ）

●その他  
（ \_\_\_\_\_ ）