

コミュニケーションのための問診票

この問診票は障がいの方の受診をスムーズに進めるためのものです。わかる範囲で構いませんので、できるだけ具体的にお書き頂ければと思います。よろしくお願い致します。

- ・名前 _____ ・呼び名 _____ ・性別 男・女
- ・生年月日 S H R 年 月 日 ・年齢 歳
- ・障がい名 発達障がい（神経発達症） 知的障がい（知能年齢 歳） 自閉症
脳性麻痺 てんかん うつ その他（ ）

☆ご本人が 嫌がること、苦手なこと、怖がることに○をつけてください。

体を触られること 耳を触られること 頭を触られること 仰向けに寝ること
診療台 待つこと 大きな声 小さい子供の泣き声 人が多いところ
たくさん話しかけられること 暗いところ 初めての場所 初めての人
注射 口を開けること 口の中を触られること 治療機械の音 掃除機などの吸引音
その他

()

☆ご本人が 好きなこと、好きな物、診療後の「ごほうびとして喜ぶこと・物」をお書きください。
(趣味・おもちゃ・キャラクター・食べ物など何でも構いません。)

()

☆ご本人に どのように伝えたらわかりやすいですか？(ご本人が理解しやすい方法に○を、不確
実なものには△をつけてください。)

実物を見せる 写真を見せる 絵を見せる 文字を書いて見せる やって見せる
指差し 日常よく使う短い言葉で伝える 少し長い文でも伝わる 普通に会話で伝わる
コミュニケーションで工夫されている点がありましたらお書きください。

()

☆ご本人は 他の人に意志や状態をどのような方法で伝えていますか？

話し言葉で自由にいろんなことを伝えられる 言葉で話すは伝えられることは限られている
身振り 文字 絵カード 写真 実物を示す 手を引っ張る VOCA
その他

[]

☆ご本人が 理解できる時間の示し方に○をつけてください。

時計（アナログ・デジタル） タイマー 数を数える（3・5・10）くらいならわかる
その他

[]

☆ご本人が 飲むことができる薬の剤型に○をつけてください。

錠剤 カプセル 粉薬

薬の飲ませ方で工夫していること、注意することがあればお書きください。

[]

☆待ち時間について当てはまるものに○をつけてください。

ほとんど待てない 指示が伝われば待てる 普通に待てる
その他

[]

☆ご本人自身の障がい認知について○をつけてください。

知っている 知らない（伝えていない） 理解できていない

☆上記で“知っている”に○を付けた方にお聞きします。

ご本人と 障がいについて考慮しながら治療法を検討しても良いですか？どちらかに○をつけてください。

良い 良くない

☆受診にあたって心配なこと、伝えておきたことがあればお書きください。

[]

☆現在の主な教育・療育の場はどこですか？すべてお書きください。（園、学校、デイの名前など。
学校においては、普通学級・特別支援学級かもお書きください。）

[]

ありがとうございました。