

# 予診票

氏名 \_\_\_\_\_

この予診票は、発達障害のある方の受診をスムーズに行うためのものです。わかる範囲で構いませんのでできるだけ具体的に記入してください。

この用紙に書ききれない場合は遠慮なくスタッフにご相談ください。

- (1) ご本人が嫌がること、苦手なこと、怖がることなどに○をつけて下さい。

初めてのこと・場所・人 白衣 待つこと じっとしていること 人が多いところ  
暗い場所 狭いところ 触られること (体・頭・耳・口) 口をあけること  
ベッドに寝ること 仰向けにねること 大きな声 小さい子どもの泣き声  
たくさん話しかけられること 味 匂い 音 (大きな機械音・掃除機の吸引音)  
その他 ( )

- (2) これまでに経験したことのある診療、検査に○をつけてください。困難だったものには△をつけてください。

喉を見る 耳垢とり 予防注射 レントゲン 点眼 傷の縫合 その他 ( )  
歯科検診 歯みがき指導 フッ素塗布 歯を削る 歯の型を取る 麻酔をする

- (3) ご本人にどのように伝えたらわかりやすいですか？ (本人が理解できる方法に○を、限定されていたり不確実なものに△を付けてください)

見せる (実物・写真・絵) 文字で書いてみせる やってみせる 指さし  
日常よく使う短いことばで伝える 少し長い文でも理解できる

- (4) ご本人は、他人に自分の意見や状態をどのような方法で伝えることができますか？  
話し言葉でいろいろな事を自由に伝えられる ことばを話すは伝えられる事は限られている  
身ぶり 文字 実物 カード (絵・写真) 手をひっぱる VOCA (種類: )

- (5) 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) キッチンタイマー 数を数える ( ) くらいわかる  
その他 ( )

- (6) ふだん、見通しやコミュニケーションのために工夫しておられることがありましたらお書きください。

- (7) ご本人が好きなもの・ことをお書きください (おもちゃ、キャラクター、食べ物、趣味など何でもかまいません。特に「ごほうび」「暇つぶし」「気持ちの切り替え」として使えそうなことはお書きください。)

- (8) 受診に当たって心配なこと、伝えておきたいことがあればお書きください。