



## サポートシート

このサポートシートは、診察に不安や一人で診察が難しい方が安心して受診できるよう職員がサポートするためのものです。

職員のサポートが必要な方のみ、わかる範囲でかまいませんので、できるだけ具体的に記入して下さい。

おなまえ \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_

診断名 ※該当する項目に○をつけて下さい

自閉スペクトラム ADHD 知的障害 (その他)

病院受診時、ご本人が嫌がること、苦手なことをお書きください。

受診にあたって心配なこと、伝えておきたいことがありましたらお書きください。



ご本人が飲むことのできる薬の剤型に○をつけてください。

( )錠剤 ( )カプセル ( )粉薬 ( )シロップ

※薬の飲ませ方で工夫していることや注意することがありましたらお書きください。

お子様へ

1. 診察の流れをお子様が理解しやすいような写真入りのパンフレットを用意しています、  
お子様へ直接見せてもいいですか？ ( 見せる ・ 見せない )
2. 耳鼻科の診察で使用する器具をお子様へ事前に見せた方がいいですか？ ( はい ・ いいえ )

