

## 情報伝達フォーマット(案)

障害児者が医療機関への受診を円滑に行い、適切な医療を受けられるようにすることを目的として、受診にあたって必要な情報提供を障害児者・家族・担当医・支援者が作成した書面です。

記載日: 年 月 日

|    |  |      |       |
|----|--|------|-------|
| 氏名 |  |      |       |
| 性別 |  | 生年月日 | 年 月 日 |

|                        |                        |                   |                     |
|------------------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| 疾患名(主たる障害の原因疾患)        |                        | 障害名               |                     |
| 現病歴                    |                        |                   |                     |
| 発症・受傷年月日               | 年                      | 月                 | 日                   |
| 経過                     |                        |                   |                     |
| 障害者手帳等の所持(種類・等級)       |                        |                   |                     |
| 療育手帳                   | (                      | )                 | 級                   |
| 精神障害者保健福祉手帳            | 1級                     | ・ 2級              | ・ 3級                |
| 身体障害者手帳                | 1級                     | ・ 2級              | ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 |
| 種別 ① 視覚障害              | ⑥ ぼうこう又は直腸の機能の障害       |                   |                     |
| ② 聴覚又は平衡機能の障害          | ⑦ 小腸の機能の障害             |                   |                     |
| ③ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 | ⑧ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害 |                   |                     |
| ④ 肢体不自由                | ⑨ 肝臓の機能の障害             |                   |                     |
| ⑤ 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害    |                        |                   |                     |
| 指定難病                   | (                      | )                 |                     |
| 小児慢性特定疾病               | (                      | )                 |                     |
| 現在かかっている医療機関           |                        |                   |                     |
| 医療機関名                  | (                      | ) 病院 ・ クリニック ・ 医院 |                     |
| 受診している診療科              | (                      | ) 科               |                     |
| 医療機関名                  | (                      | ) 病院 ・ クリニック ・ 医院 |                     |
| 受診している診療科              | (                      | ) 科               |                     |
| 医療機関名                  | (                      | ) 病院 ・ クリニック ・ 医院 |                     |
| 受診している診療科              | (                      | ) 科               |                     |

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| 服薬の有無・内容 | なし<br>あり → 内容（ ）・お薬手帳参照 |
|----------|-------------------------|

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| アレルギーの有無・内容     | なし<br>あり → 内容（ ） |
| 医学的な禁忌事項        | なし<br>あり → 内容（ ） |
| 補装具などの福祉用具の利用状況 | なし<br>あり → 内容（ ） |
| 重度訪問介護の利用状況     | なし<br>あり → 内容（ ） |

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| 障害などの状況（医療機関が知っておいた方がよい身体・精神の状況、コミュニケーションの取り方、行動特性等を簡潔に記載） |  |
| 移動様式<br><br>コミュニケーション方法<br><br>その他                         |  |
| 配慮事項（診察時にお願いしたいことや協力してほしいこと、スムーズな診療のための工夫を簡潔に記載）           |  |
| 移動支援<br><br>コミュニケーションの取り方の工夫や配慮<br><br>その他                 |  |
| 最近日常生活で困っていること                                             |  |
| その他                                                        |  |