

こちらは、認知症・発達障害がある方が、よりスムーズに治療を受けられるように事前にお伺いさせていただくサポートシートになります。

治療のご予約を頂いた後に、こちらのシートをプリント頂き、ご記入の上、FAX:042-337-6988 又は受診当日にお持ち頂き、スムーズな治療が行なえるようにしたいと考えております。

ふりがな

お名前(同伴者)

ご関係

ふりがな

お名前(患者様)

(男・女)

生年月日:

T S H

年

月

日生

ご住所 〒

自宅: ()

お電話

携帯:

メールアドレス:

1. 普段、どのように呼んでいますか？

2. 待ち時間に関して

待合室で待てる

その他

短時間なら、待合室で待てる

駐車場の車の中で待ちたい

3. コミュニケーションの方法に関して

コミュニケーションはほとんど取れない その他

イラストや写真で説明するとわかる

簡単な言葉なら理解できる

日常の会話がわかる

付き添いの方の言葉なら理解できる

4. 嫌なことは(パニックを起こしてしまうようなこと)

体を触られる

その他

突然声を掛けられる

知らない人が近くに寄ってくる

5. 好きなことは(持っている落ち着いた物など)

6. パニックになってしまったら(落ち着く方法)

7. その他気になることや、注意点、ご要望
