

コミュニケーションボード 〈医療機関用〉 —医師・看護師用—



●お名前は？ ●生年月日(誕生日)は？

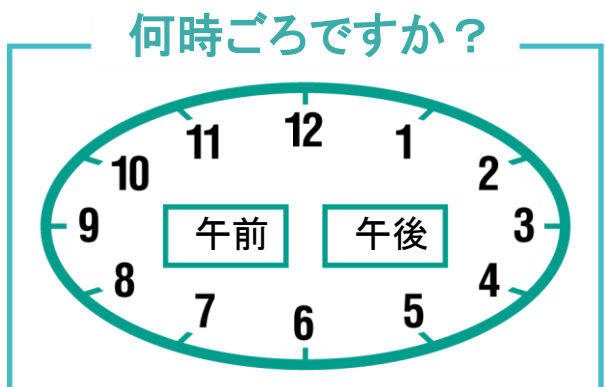
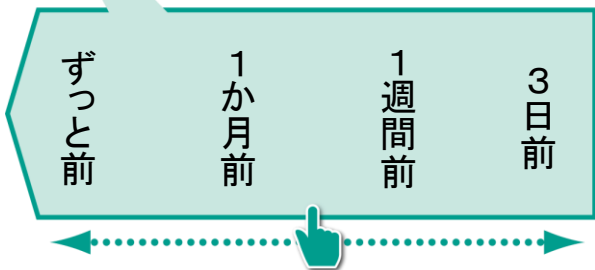
●どうしましたか？ その他



●からだのどこですか？

自身のからだに指を差して、教えてください。

●症状が出たのはいつからですか？



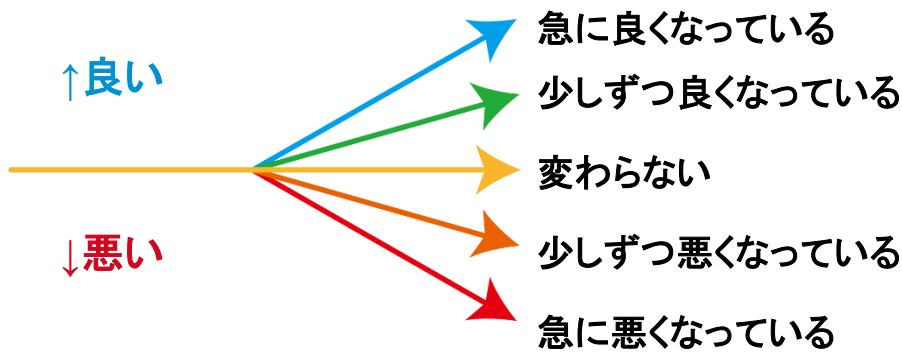


●どれぐらいの症状ですか？



- いたい
- くるしい
- かゆい
- めまいがする
- 気持ちが悪い

●症状が出たときからの今の状態は？



●この症状で他の病院にかかりましたか？

- はい
- いいえ

●持病はありますか？

- 高血圧
- 糖尿病
- 心臓病
- 肝炎
- 脳卒中
- がん
- てんかん
- 精神疾患
- アレルギー
- 生理中
- 妊娠中
- その他

●いつも行く病院はありますか？

- はい
- いいえ

●飲んでいる薬はありますか？

- はい
- いいえ



●持っているものはありますか？



見せてください。

●教えてください。

- 住所は？
- 連絡先(電話番号・FAX番号)は？
- ご家族や関係者の連絡先(電話番号・FAX番号)は？

●手話通訳は必要ですか？

はい

いいえ



1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	0		



あ	か	さ	た	な	は	ま	や	ら	わ
い	き	し	ち	に	ひ	み		り	
う	く	す	つ	ぬ	ふ	む	ゆ	る	を
え	け	せ	て	ね	へ	め		れ	
お	こ	そ	と	の	ほ	も	よ	ろ	ん
や	ゆ	よ	っ	“	○	?	年	月	日

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y	Z				