

# 2024年版PTA緊急時サポートシート

佐賀県立うれしの特別支援学校

TEL 0954-66-4911

|               |                      |        |
|---------------|----------------------|--------|
| ( ) 学部・学年 ( ) |                      | 写真添付   |
| 名前 (男・女)      |                      |        |
| 住所            |                      |        |
| 生年月日          | 年 月 日 ( 歳)           |        |
| 血液型           | A・B・O・AB (RH)<br>+ - |        |
| 体質・アレルギー      |                      |        |
| 障害名           |                      |        |
| 投薬            | 有 ( ) 無 ( )          | ニックネーム |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| ◎緊急連絡先の電話番号 (連絡先氏名・本人との関係) |     |
| ①                          | ( ) |
| ②                          | ( ) |
| ③                          | ( ) |
| ◎かかり付け病院: ( ) 担当医 ( )      |     |
| TEL: ( )                   |     |

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| ◎本人の様子 ※配慮が必要な点 |                                    |
| 理解              | ① 言葉かけで ② 紙に書いて ③ 図や写真、実物をみて       |
| 文字              | ① ひらがなが読める ② 漢字交じりでも読める ③ 読めない     |
| 時計              | ① 読める ② 読めない ③ 読めるが、残り時間は分からない     |
| 排泄              | ① 1人でできる ② 半介助 ③ 全介助 ④ おむつが必要 ⑤ 導尿 |

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| ◎本人の様子 ※配慮が必要な点 |                                      |
| 寝ること            | ① ほぼ決まった時間に自分で寝る ② 寝具など工夫が必要 (具体的に ) |
| 食事              | ① 一人で行える ② 半介助 ③ 全介助                 |
| 危険回避            | ① 一人で行える ② 見守りが必要 ③ 付き添いが必要          |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| ◎パニックの様子                       |  |
| ① 泣く ② 大声を出す ③ 物に当たる ④ 自傷 ⑤ 他傷 |  |
| ⑥ その他 ( )                      |  |
| ※パニックが起こる前のサイン                 |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| ◎パニックや困った行動への具体的な対処法 |  |
|                      |  |

|                |  |
|----------------|--|
| ◎時間の過ごし方、好きな活動 |  |
|                |  |

|  |  |
|--|--|
| ◎苦手なこと   |  |
| ① 大きな音 ② 暑さ・寒さ ③ 暗いところ ④ 人の多い場所 ⑤ 光・鏡 ⑥ 体に触れられること ⑦ 大声で話しかけられること ⑧ 男性 ⑨ 女性 ⑩ その他 ( ) |  |
| ※支援者が配慮することを具体的に   |  |
|  |  |

このシートは、必要に応じてご活用してください。

年 月 日 記入 (記入者 )