

# 緊急時サポートシート

佐賀県立うれしの特別支援学校

様式 2

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) + -	
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	①一人でできる 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	①一人でできる ②半介助 ③全介助
危険回避	①一人でできる 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ください。

年 月 日記入 (記入者 )