



コミュニケーション支援ボード ページ一覧

災害版

名簿		証明書	
体調		体調	
持病・薬		場所	
用件		教えて	
外国人		食べ物	
文字		時計	

コミュニケーション支援ボード 利用マニュアル

※ コミュニケーション支援ボードとは、
 言語・聴覚・知的など何らかの障がいがあり 視覚的な配慮が必要な方、
 言葉は話せるが イラスト等を併用したほうが理解しやすい方と、
 イラストを指さしたり 筆記をしながら 意思疎通をはかるツールです。

製作：豊田市 (2021年3月改訂)

ホワイトボード (うら表紙)

コミュニケーション支援ボードの使い方

何か困っていたり、何か伝えたいことがあるときには、正面にまわって注意を引いてから、ゆっくり、やさしく声をかけてみてください。



言葉の意味が通じていない時や相手が何を言っているかわからない時に「どうしましたか」とコミュニケーション支援ボードを見せながら聞いてみてください。



相手にコミュニケーション支援ボードを指さしてもらうことで、意思を確認してください。



指さしが困難な方には、支援者から、指さしをして、その反応を表情や動作によって確認してください。



言葉が話せなくても、文字が書ける方もいます。コミュニケーション支援ボードの最後のページのホワイトボード（水性ペン使用）を使ってください。



目的

文字や言葉で意思を伝えることが難しい方は、コミュニケーション支援ボードの絵を指さして伝えることができます。またコミュニケーションの取りにくい方にも、言葉かけと絵(文字)を併用することで、伝わりやすくなります。

こんな方とコミュニケーションをとる時に

- 知的障がい・発達障がいなどで、言葉と絵で伝えると理解しやすい方
- 聴覚に障がいのある方
- 言語に障がいのある方
- 日本語が話せない外国人
- 高齢の方などに

コミュニケーション支援ボードの使用例（避難者名簿作成のページ）

避難者名簿をつくります

We would like to make a list of refugees. Please tell us:
Desejamos elaborar uma lista de abrigados. Por favor, diga-nos:
做避难者名单

- 住所**
Address
Endereço/地址
- 電話番号**
Telephone number
Número de telefone / 电话号码
- 生年月日**
The date of your birth (Age)
Sua data de nascimento (ano, mês e dia)
出生年月日
- 名前**
Name
Nome / 名字

あなたの名前は?
What's your name?
Seu sobrenome e nome completo
您叫什么名字?

一緒に暮らしている人は?
Was there any other person living together with you?
Havia outra pessoa residindo junto?
有没有一起住的人?

配慮してほしいことがありますか?
Do you need any special care?
Você necessita de algum cuidado especial? / 有没有需要注意的事情?

- 持病がある
I have an illness
Sofro de enfermidade
有疾病
- 障がいがある
I have a handicap
Tenho deficiência
有残疾
- 妊娠している
I'm pregnant
Estou grávida
有身孕
- アレルギーがある
I suffer from allergies
Sofro de alergia
有过敏症

※(受付の方へ) 特記事項欄に書き写して下さい。

○ はい / YES ✕ いいえ / NO ? わかりません

質問をされた時などすぐに答えられるよう各ページに「○・✕・?」の項目を入れています。

避難者名簿

記入日	年 月 日 ()	避難種別	自主避難 / 避難勧告・指示
住所	1	滞在を希望する場所	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> テント(避難所敷地内に設営) <input type="checkbox"/> 車両(避難所敷地内に駐車) <input type="checkbox"/> 避難所以外の場所 【自宅 / 他: 】
電話番号	2	避難所を利用する人 (避難所以外の場所に滞在する人も記入)	緊急で配慮が必要な事項 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 外国人
代表者	4	氏名	安否確認への対応 公開 / 非公開
2	3	生年月日・年齢	公開 / 非公開
		性別	

避難者名簿(詳細)

避難生活が長期化することが予想される場合、こちらも記入してください。(1週間を目安)
記入いただいた情報は、食糧や物資の配給、健康管理などの支援を行うため、避難所運営のために必要最低限の範囲で共有します。

代表者	5	特に配慮が必要なこと けが・病気・障がい・妊娠中・使用できる言語など	運営に協力できること 特技・免許	食事制限 アレルギーの有無・粥 文化・宗教で食べられない物など
2				
3				

希望する配慮の内容を書き添えていただくには、支援ボードの他のページも活用してください。