

洛北病院 障がい者歯科 問診票

事務記載 病院 ID :

初めて来院される方は、質問票への記入をお願いいたします。もし分からないところがあれば空欄のままにし、次に進んでください。

記入日 : 20 年 月 日

記入者氏名 : _____

本人との関係 : _____

フリガナ
氏名 : _____ () 歳 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

通院手段 : 徒歩・自転車・乗用車・電車・バス・タクシー・その他(_____)

緊急連絡先 : 氏名 : _____ (続柄 : _____) 電話番号 : _____

住まい : 在宅 ・ 入所 (施設名 : _____)

生活環境 : _____ 療育施設・作業所・保育所・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学

●来院された理由は何ですか ※当てはまる理由に○をつけてください

歯が痛い 歯ぐきの腫れ 口臭が気になる 歯並びが気になる

虫歯の治療 定期検診を希望 その他(_____)

●どのような症状がありますか

(_____) 日前から どのような

[_____]

●歯科治療で気分が悪くなったことはありますか

いいえ ・ はい

●今までに歯を抜いたことはありますか

いいえ ・ はい

●ケガや抜歯で血が止まりにくかったことはありますか

いいえ ・ はい

●(女性の方へ)現在、妊娠または妊娠をしている可能性はありますか

いいえ ・ はい

●歯科治療について

今まで治療を受けられた、あるいは試みたことはありますか

なし・検診のみ・あり(歯科医院名:_____ いつ頃:_____)

受けた治療に○をつけてください(いくつでも)

虫歯治療 抜歯 歯の神経の治療 局所麻酔
トレーニング 歯石取り その他(内容: _____)

治療時の状態で当てはまるものに○をつけてください(いくつでも)

- () 普通に治療を受けることができた
- () 音・機械に拒否があり数人の固定が必要だった
- () 恐怖心が強く治療できなかった
- () 全身麻酔・鎮静下で行った

その他に何か困ったことがあれば教えてください

[]

●障害やお身体について

障害者手帳の等級、認定等がありますか

療育：_____ 身体：_____級 その他：_____

●病院で診断された病名(障害名)またはその他の疾患はありますか

いいえ ・ はい

知的能力障害 ・ 自閉スペクトラム障害 ・ その他発達障害 ・ ダウン症
脳性麻痺 ・ 筋ジストロフィー ・ その他肢体不自由(_____)
症候群(_____) パーキンソン病 ・ 認知症 ・ うつ病 ・ 統合失調症
視覚障害(盲・弱視) ・ 聴覚障害(聾・難聴・中途失聴) ・ てんかん ・ ぜんそく

上記以外：_____

今までに全身麻酔を受けたことがありますか

いいえ ・ はい (_____)

血の繋がっているご家族の中で全身麻酔を受けた方はいますか

いいえ ・ はい (_____)

現在常用中の薬はありますか

いいえ ・ はい ※ありの方はお薬手帳を持参してください

感染症はありますか

なし ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他： _____

アレルギー(疑いを含む)はありますか

食べ物 : なし ・ あり (内容: _____)

お薬 : なし ・ あり (内容: _____)

その他 : なし ・ あり (内容: _____)

妊娠中や出産時に異常があった方はお答えください

妊娠中になにか異常はありましたか

いいえ ・ はい (内容: _____)

分娩時になにか異常はありましたか

いいえ ・ はい (内容: _____)

出生時の身長と体重をお書きください(18歳未満の方のみ)

身長 : _____ cm 体重 : _____ g

●受診中の医療機関をお書きください

例	病院名	担当医	どんな理由で受診していますか？ 内容やお薬についてもお書きください	通院・訪問
	〇〇クリニック 小児科	〇〇先生	てんかん 半年に1回チェックとお薬もらう ぜんそく 症状がある時のみ受診	通院・訪問
			通院・訪問	
			通院・訪問	
			通院・訪問	
			通院・訪問	

●日常生活動作

移動能力（寝たきり 車椅子など 独歩） 介助(要 不要) 補助器具(_____)
体の緊張（強い 弱い 普通）

●口腔機能について

飲める薬の形状（錠剤 カプセル 散剤 シロップ）
 噛み砕く機能（全く咬めない なんとか咬める 大体咬める 正常）
 飲み込む機能（全く出来ない 時間がかかる むせる 正常）
 うがい（全く出来ない なんとか出来る（どのように：_____） 正常）
 食物状態（普通 きざみ食 軟食 粥状 その他：_____）
 呼吸（口呼吸のみ 口呼吸+鼻呼吸 通常鼻呼吸）
 異常習癖（指しゃぶり 爪かみ 歯ぎしり 異食 はんすう 口に溜める）

●発達機能について

言語理解（全くわからない 少しわかる 大体わかる よくわかる）
 意志表現（出来ない 声や動作 単語 大体出来る 問題なし）
 会話（出来ない おうむ返し 単語 大体出来る 問題なし）
 集中力（全く集中できない 短時間なら出来る 長時間でも出来る）
 刺激性（周りの刺激を受け易い 刺激で気をとられるが抑制出来る 問題なし）
 感情表出（すぐに泣き暴れ尾引く 泣き暴れるがすぐに治る 我慢強い）
 嫌な経験（よく覚えていて拒否的態度 嫌がるが抵抗はない あまり覚えていない）

●発達検査・知能検査について

発達検査・知能検査をしたことはありますか

いいえ ・ はい

↳ 実施した検査は何ですか

検査名: _____

受けた日付: 年 月 日

受けた場所: _____

最新の検査結果(検査結果用紙をお持ちいただける場合は記入不要)

[]

●当診療所をどこで知りましたか

紹介状 あり (医療機関名: _____)

なし (福祉関係者 ・ ネット検索 ・ 知人 ・ その他)

ご記入ありがとうございました。

何かほかに希望や要望、伝えておきたいこと等あればご記入ください。

確認歯科医師名(_____)