

予診票



名前 _____

年 月 日 _____

この予診票は、受診をスムーズに行うためのものです。わかる範囲でかまいませんので、出来るだけ具体的に記入してください。

ご本人が嫌がること、苦手なこと、怖がることなどに○をつけてください

その他あればお書きください

体を触られる 頭を撫でられる ベッドに寝ること 待つこと 小さい子供の泣き声 注射
暗いところ 口を触られること 口を開けること 初めての人 初めての場所 白衣
大きな声 仰向けに寝ること 大きな機械の音 掃除機などの吸引音 人が多いところ
たくさん話しかけられること
その他あればお書きください

ご本人が好きなもの・ことをお書きください（おもちゃ・キャラクター・食べ物・趣味などなんでも構いません）

特に「ご褒美」「暇つぶし」「気持ちの切り替え」として使いそうなことをお書きください

例) 電車が好き フワフワしたもの

ご本人にどのように伝えたらわかりやすいですか？（本人が理解できる方法に○を、限定されていたり不確実なものに△をつけてください）その他の方法があればお書きください

実物を見せる 写真を見せる 絵を見せる 文字で書いて見せる やって見せる 指さし
日常よく使う短い言葉で伝える 少し長い文でも理解できる

ご本人が理解できる時間の示し方に○をつけてください その他あればお書きください

時計（アナログ デジタル） キッチンタイマー 数を数える：（ ）くらいわかる
その他

ご本人は、他の人に自分の意志や状態をどのような方法で伝えることができますか？できることに○をつけてください その他あればお書きください

話し言葉でいろんなことを自由に伝えられる 言葉が話すが伝えられることは限られている みぶり
文字 絵カード 写真カード 実物を示す 手をひっぱる
その他

これまでに歯科の受診経験はありますか？その時はどうでしたか？

受診 有・無

有)の方はその時はうまく出来ましたか？

ご本人が飲むことのできる薬の剤型に○をつけてください

錠剤 カプセル 粉薬

***飲ませ方で工夫していることや注意することがありましたらお書きください**

パニックになってしまった時の対応をおしえてください

例) しばらくそっとする 声をかけると余計に混乱する

受診にあたって心配なこと、伝えておきたいことがあればお書きください

No. _____

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

徳地歯科医院問診票

ふりがな

患者氏名 _____ (呼び名: _____) 男・女

生年月日 : S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: 歳 _____ ヶ月

身長 _____ c m 体重 _____ k g

保護者氏名: _____

自宅住所 : 〒 _____

自宅電話 : _____ (_____) _____

携帯電話 : _____ (続柄: _____)

携帯電話 : _____ (続柄: _____)

付き添い者氏名: _____ (電話: _____)

緊急時連絡先 : _____ (電話: _____)

かかりつけ医療機関

_____	病院	科	担当医	先生
_____	病院	科	担当医	先生
_____	病院	科	担当医	先生

生活形態 : 在宅 ・ 学校 (通学・入寮) ・ 施設 (通所・入所)

通所施設: 保護者児童通園施設・児童単独通園施設・

普通学級・育成学級・支援学校・

ディケア・ディサービス・作業所・その他

作業内容 (_____)

入所施設: グループホーム・ケアハウス・福祉型障害者入所施設・

医療型障害者入所施設・その他

利用福祉サービス : ホームヘルパー・外出ヘルパー・訪問看護・

入浴サービス・短期入所サービス

学校・施設名 (_____) (電話 _____)

このセンターを知った経緯)

・通所施設 ・ロコミ ・歯科医院 ・グループホーム ・児童福祉センター

・入所施設 ・学校 ・病院 ・インターネット ・その他 (_____)

【主な障害・疾患名】 _____

【障害者手帳の有無】

- ・身体障害者手帳 (_____ 級) ・療育手帳 (A・B)
- ・精神障害者保健福祉手帳 (_____ 級) ・手帳なし／申請中

発達検査結果

IQ 知能指数・DQ 発達指数 (_____)

発達年齢 (認知・適応 _____ 歳 _____ カ月、言語・社会 _____ 歳 _____ カ月)

【生育歴・歩行について】

生育歴 : 出産時 正常・難産・早産・帝王切開・異常分娩・その他

出産時体重 (_____ g)

発育歴 首のすわり _____ カ月・一人座り _____ カ月

1人歩き _____ カ月・離乳開始 _____ カ月

歩行・移動 : 独歩・介助歩行・杖歩行・車いす・電動車いす・その他

【食生活について】

現在の食形態 : 普通食・刻み食・ミキサー食・ペースト食・経鼻チューブ・胃ろう・その他

現在の水分摂取 : コップ・ストロー・スプーン・哺乳瓶・トロミ

偏食の有無 : (あり・なし)

著しい : 好きな物 (_____)

嫌いな物 (_____)

【コミュニケーションについて】

○理解の程度 : ほとんど認められない・的確でない反応あり・どうにか指示に応じた反応が可能
指示理解は可能だが多少問題あり・ほとんど問題なし

○表現方法 : 全く発音なし・発音のみ・単語のみ・2～3語文・発音が不明瞭・オウム返し
コミュニケーション支援ボード・ほとんど問題なし

○指示方法 : 口頭で問題なし・簡単な話し言葉・視覚支援・ジェスチャー・手話・その他

【性格・行動について】

こだわり行動の有無 : (あり・なし) どのような時に、どのような理由で? (_____)

頻度 _____ 回/日・週・月・年

対応方法 (_____)

感覚異常の有無 : 触感 (その部位 : _____) 聴覚 視覚 嗅覚 味覚

(具体的に : _____)

嘔吐反射の有無 : (あり・なし)

性格や行動で特徴的な事があれば記載ください (_____)

【既往歴】

てんかん（あり・なし）

発作の種類：部分発作（意識障害なし・意識障害あり）

全般発作（欠伸発作・ミオクロニー発作・間代発作・強直発作・脱力発作・強直—間代発作）

未分類発作

発作をおこしやすい条件： _____

発作に現れる症状： _____

発作の頻度・持続時間： _____

最後に発症した日時： _____

脳性まひ（あり・なし）

病 型：痙直型・アトローゼ型・運動失調型・硬直型・混合型

運動麻痺の部位：単麻痺（1肢）・対麻痺（両下肢）・片麻痺・四肢麻痺

○次の病気にかかったことがありますか

- ・喘息・肺炎・高血圧症・狭心症・心筋梗塞・不整脈・肝臓病・腎臓病・糖尿病
- ・その他の心臓疾患（病名： _____）
- ・甲状腺機能異常・脳卒中・骨粗鬆症・感染症（B型肝炎・C型肝炎・HIV）
- ・その他（ _____）

○以下の項目についてお答えください

- ・薬または食物のアレルギーがありますか（はい・いいえ）
（具体的な薬品名・食物の種類： _____）
（どのような状態になりますか： _____）
- ・血が止まりにくいことがありますか（はい・いいえ）
- ・現在、飲んでいる薬はありますか（はい・いいえ）
（薬の名前： _____）
- ・胸が痛くなったり、めまいや立ちくらみを起こしたことがありますか（はい・いいえ）

○麻酔についてお答えください。

- ・全身麻酔の経験はありますか（はい・いいえ）
（時期はいつ頃で、どのような手術でしたか： _____）
- ・局所麻酔の経験はありますか（はい・いいえ）
- ・当院では鎮静などで歯科治療を行っていますが、興味はおありですか（はい・いいえ）
- ・採血などで注射には慣れていませんか（はい・いいえ）

【歯科受診経験について】

受診経験の有無：(あり・なし)

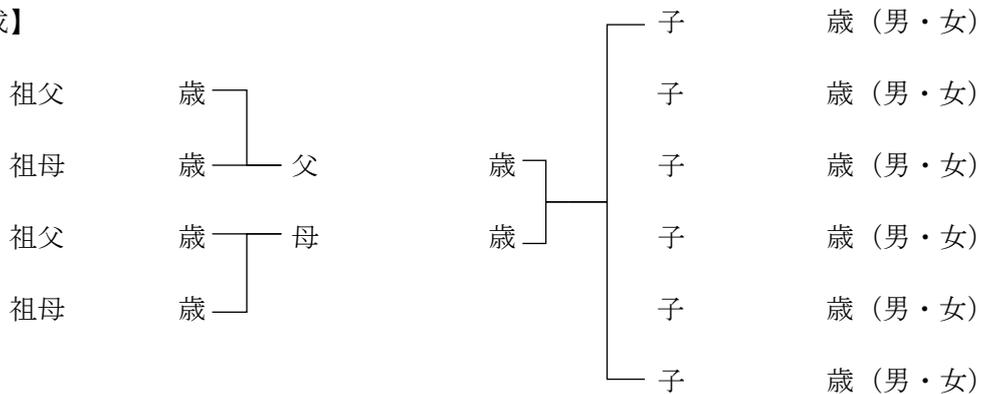
受診時の状態 (複数回答可)：

- 問題なし・歯磨きをした・口の中に歯科用ミラーを入れて見せた・フッ素を塗った
- 人力抑制をした・器具を用いて抑制をした・笑気を使用した・全身麻酔下で歯科治療をした
- 診療室に入れなかった・診療台に乗れなかった・診療台に寝れなかった・待合室で待てなかった

受診時の問題点：

()

【家族構成】



主に関わる人：父・母・祖父母・兄弟・学校施設職員・ヘルパー・その他

問題になると考えていること・診療への希望などがあればご記入ください

()

[担当医記入欄]

歯科的主訴：

初診時のバイタル： 血圧： _____ / _____ 脈拍： _____ SpO2 _____

治療体制のプラン：

通法

抑制

モニター管理・笑気・IVA・全麻