

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 _____ ケ月

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 ヶ月、言語・社会 歳 ヶ月)

基礎疾患・障害の発現経過)

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 ヶ月・一人座り ヶ月

一人歩き ヶ月・離乳開始 ヶ月

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

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

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 触覚(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/反応性の障害なし・意識/反応性の障害あり)

全般発作 (欠神発作・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 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病

・ 心臓疾患 (病名: _____)

・ 甲状腺機能異常・脳卒中・骨粗鬆症・肝臓病・感染症 (B 型肝炎・C 型肝炎・H I V)

・ その他 (_____)

○ 以下の項目についてお答えください。

・ 薬または食べ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・食べ物の種類: _____)

(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)

(薬の名称: _____)

・ 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)

・ 当院は、鎮静や全身麻酔などで歯科治療を行っていますが、興味がおありですか

(はい・いいえ)

・ 採血などで注射には慣れていますか。(はい・いいえ)

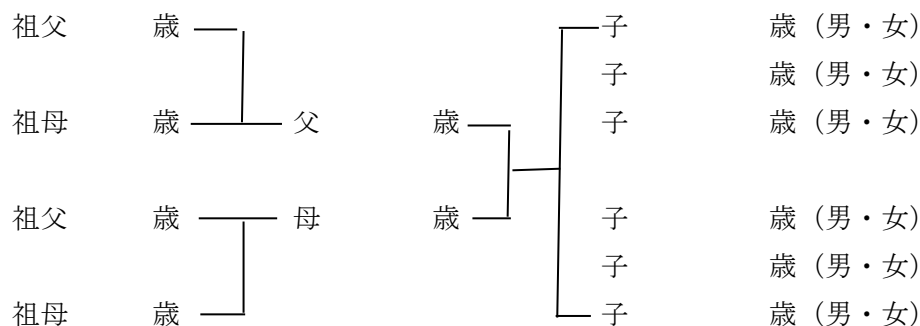
歯科受診経験について)

受診経験の有無：(あり・なし)

受診時の状態：問題なし・歯みがきをさせる・鏡での健診はできる・フッ素を塗れる・
診療室に入れない・診療台に乗れない・診療台に寝れない・口を開けない・
器具を口に入れれない・機械で歯を削れない・長時間寝ていられない・
待てない・人力抑制・器具を用いた抑制・笑気使用・全身麻酔下歯科治療

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事・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