

ハートフル障がい者等歯科診療所（市川市休日急病等歯科診療所）診療申込書

記載日：西暦 年 月 日

フリガナ

患者氏名 _____ 愛称： _____ 性別 男・女

生年月日 西暦 年 月 日生（ 歳 ヶ月） 身長 _____ cm 体重 _____ kg

身体障害者手帳 _____ 級 療育手帳 _____

患者住所 〒 _____

学校・園・通所施設 _____

保護者（主な介護者）氏名 _____ 患者との関係 _____

連絡先 電話番号 _____ 携帯電話 _____

【かかりつけ病院について（医科）】

病 名 _____

病院名 _____ 科 _____ 担当医名 _____

住 所 〒 _____

_____ 電話番号 _____

病 名 _____

病院名 _____ 科 _____ 担当医名 _____

住 所 〒 _____

_____ 電話番号 _____

【歯科治療についてお答えください】

1. どうなさいましたか。あてはまるところに○印をつけてください。

- ☐ むし歯がある ☐ 痛い歯がある ☐ 歯肉が腫れた・痛い
☐ 歯肉から血が出る ☐ 歯を抜いてほしい ☐ 歯の掃除をしてほしい
☐ 検診 ☐ フッ素を塗ってほしい ☐ 歯ブラシの仕方や歯の清掃について指導を受けたい
☐ その他

2. 以前に歯科医院にかかったことや歯科治療の経験はありますか

- ☐ 検診とフッ素塗布のみ ☐ 治療の経験あり ☐ まったくない

└─> いつ頃： 年 月 どこで： _____ 歯科医院

治療経験がある場合

麻酔をしたことはありますか ☐ ない（したことがない） ☐ ある

歯科治療時にはどのような様子でしたか

3. 今回の歯科治療について、特にご希望がありましたら記入してください

【病気・障がい・全身状態について】

あてはまるところに○印をつけてください

1. () 脳性麻痺 () 知的能力障害 () てんかん () ダウン症候群
() 自閉スペクトラム症 () その他
2. けいれんの発作はありますか () ない () ある
3. 以前に病院に入院したり、手術を受けたことはありますか () ない () ある
4. ケガをした時、血が止まりにくかったことはありますか () ない () ある
5. 泣くと顔色が悪くなることがありますか () ない () ある
6. 以下の病気にかかったことはありますか（現在も含む）
() 特にない () 心臓 () 血液 () 脳 () 呼吸器（喘息）
() アレルギー () けいれん () 甲状腺 () 肝臓 () 腎臓
その他
7. お薬手帳はお持ちですか（今飲んでいる薬はありますか） () はい () いいえ
現在服用している薬：
8. 薬の服用可能形状 () シロップ () 粉 () カプセル () その他
薬の副作用・アレルギーはありますか () ない () ある 薬の名前
9. その他、担当歯科医師が知っておいた方がよいと思われることがあれば記入してください。

【診療の参考にしますので、各項目のあてはまるところに○印をつけてください】

1. 発達に偏りがあること（苦手なこと）
() 理解力 () 運動機能 () 発音能力 () 情緒 () 視覚
() 聴覚 () その他
2. コミュニケーションについて
 - ① 理解反応
() ほとんど認められない () 的確でないが反応あり
() どう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
() 指示はよく聞く
 - ② 表現反応
() まったく発音なし () 発音はあるが言葉なし () 単語のみ
() 発音が不明瞭 () 問題なし
3. 対人関係について
() ほとんど成立しない () 特定の人とならどうか成立する
() 誰とでもどうか成立する () 成立するが、多少問題がある
() 問題はない

4. 日常生活について

① 日常生活で問題があることは

☐ ほとんどない ☐ 爪切り ☐ 歯みがき ☐ 洗髪
☐ 散髪 ☐ 食事を待つ ☐ その他

② 問題がある場合はどのように行っていますか

☐ だましだましやる ☐ 強制的におさえつけてやる
☐ その他

5. 他の医療機関での行動

☐ 診察を非常に嫌がる ☐ 注射だけ嫌がる ☐ 少し嫌がる ☐ 問題ない

6. 食事

☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助

7. 偏食

☐ なし ☐ 多少あるがそれほどでもない ☐ 著しい

8. 歯みがきについて

☐ 患者自身でみがく ☐ 患者自身でみがく＋介助者みがき（容易）
☐ 患者自身でみがく＋介助者みがき（困難） ☐ 介助者がみがく（容易）
☐ 介助者がみがく（困難）

9. うがいについて

☐ 可能 ☐ 口に含み吐き出す程度 ☐ 飲み込む・吐き出せない ☐ 不可

10. 衣類の着脱

☐ 介助不要 ☐ ボタン・ファスナーの着脱以外は自分でできる
☐ 手伝えばできる ☐ できない

※診療上、特に気をつけてほしいこと、希望することがありましたら、ご遠慮なくお書きください

【当診療所に来院のきっかけ】

紹介 （歯科医院、医科大学、病院、学校、幼稚園、保育園、施設、お知り合い、その他）

その他