

# 歯科巡回診療申込書

平成 年 月 日

長崎県口腔保健センター様

※受診希望地 \_\_\_\_\_

※受診希望時間 \_\_\_\_\_

|   |      |
|---|------|
| 申込者氏名 (代筆の場合は、氏名・連絡先・受診者との関係)<br>..... 続柄 ..... |      |
| 連絡先   |      |
| ☎   | 携帯番号 |
| 受診者との関係   |      |

|   |                        |            |     |
|---|------------------------|------------|-----|
| ふりがな  |                        |            |     |
| 受診者名  |                        | 愛称         |     |
| 生年月日  | 明・大・昭・平成<br>年 月 日 ( )歳 | 性別         | 男・女 |
| 学校<br>施設名   | (通学・寮)(入所・通所)          |            |     |
| 現住所   | 〒 -                    | TEL        |     |
|   |                        | 携帯<br>番号   |     |
| 保護者氏名   |                        | 患者と<br>の関係 |     |
| 付添い者  | 家族・ヘルパー・その他( )         |            |     |
| 障害者(身体・療育・精神)手帳と等級 1.あり( )種 ( )級 A1・A2・B1・B2 2.なし |                        |            |     |

長崎県口腔保健センター歯科診療所

◎下記の質問に該当するものに○またはご記入ください。

※この調査票は、治療上の参考にするもので絶対に他へは漏らしませんので、ありのままをご記入ください。

1.どのようにして歯科巡回診療を知りましたか？

- ① 知人の紹介    ② 開業医の紹介    ③ 学校・施設の紹介    ④ 病院の紹介  
 ⑤ ハートセンターの紹介    ⑥ 保健所・役所の紹介    ⑦ 報道機関  
 ⑧ その他 \_\_\_\_\_

2. 障害名はなんですか？(複数回答可)

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| 1 | 肢 体 不 自 由       | (1)脳卒中 (2)脳性まひ (3)事故 (4)リウマチ<br>(5)その他 _____               |
| 2 | 視 覚 障 害         | (1)先天性異常 (2)強度の弱視<br>(3)その他 _____                          |
| 3 | 聴 覚 障 害         | (1)先天性異常 (2)メニエール症候群<br>(3)その他 _____                       |
| 4 | 音 声 言 語 機 能 障 害 | (1)脳性まひ (2)自閉症 (3)唇顎口蓋裂 (4)脳卒中<br>(5)その他 _____             |
| 5 | 固 定 臓 器 障 害     | (1)心奇形 (2)ぜんそく (3)ネフローゼ (4)血液疾患<br>(5)内分泌代謝疾患 (6)その他 _____ |
| 6 | 平 衡 機 能 障 害     | (1)てんかん (2)脳卒中 (3)メニエール症候群<br>(4)先天性脳障害 (5)その他 _____       |
| 7 | 精 神 機 能 障 害     | (1)精神発達遅滞 (2)染色体異常(ダウン症など)<br>(3)先天性異常 (4)その他 _____        |
| 8 | 痙 攣 性 疾 患       | (1)てんかん(2)脳卒中 (3)脳外傷後遺症<br>(4)その他 _____                    |
| 9 | 情 緒 障 害         | (1)自閉症 (2)精神病 (3)心身症 (4)神経症<br>(5)その他 _____                |

3. どこを(何を)治療希望されていますか？

- 1.現在、痛みがあるところ    2.検診(予防)    3.むし歯の治療    4.歯周病の治療  
 5.入れ歯の修理、または新しい入れ歯を作りたい    6.摂食指導  
 7.その他 \_\_\_\_\_

4. 歯科治療を受けたことがありますか？ ①はい ②いいえ

はいとお答えの方は

1. 上手にできた 2. 抑制して行った 3. 全身麻酔または鎮静法

※ 歯科治療を受けた時、気持ちが悪くなったことがありますか？ ①はい ②いいえ

5. 歯磨きについて

1. 歯磨きをしていますか？ ①はい ②いいえ

\*はいとお答えの方は下記の質問へ

( 日 回 朝食前・後 昼食前・後 夕食前・後 寝る前)

2. 誰が磨きますか？ ①本人 ②介助者 ③本人と介助者

3. ブクブクうがいができますか？ ①はい ②いいえ

6. 健康状態について

1. 次の病気にかかったことがありますか？

①心臓病 ②高血圧 ③低血圧 ④貧血 ⑤リウマチ ⑥腎臓病 ⑦肝臓病

⑧自律神経失調症 ⑨薬剤アレルギー ⑩じん麻疹 ⑪糖尿病 ⑫ぜんそく

⑬結核 ⑭関節炎 ⑮その他 \_\_\_\_\_

2. 入院したことがありますか？ ①はい ②いいえ

3. 麻酔(全身、局所)かけて、手術を受けたことがありますか？ ①はい ②いいえ

4. 血が止まりにくいと言われたことがありますか？ ①はい ②いいえ

また、ご家族の中で血が止まりにくい方はいますか？ ①はい ②いいえ

5. 最近、医師治療を受けたことがありますか？ ①はい ②いいえ

6. 現在、治療中ですか？ ①はい ②いいえ

・病名 \_\_\_\_\_

・病院名 \_\_\_\_\_

・担当医名 \_\_\_\_\_

7. 何かお薬を飲んでいますか？ ①はい ②いいえ

・薬の名前 \_\_\_\_\_

8. 医師から歯科治療に際して、注意するように言われたお薬がありますか？

①はい ②いいえ

・薬の名前 \_\_\_\_\_

## 7. その他

|    |                 |   |         |          |
|----|-----------------|---|---------|----------|
| 1  | ADL(日常生活動作)     | ①完全自立   | ②部分介助   | ③全面介助    |
| 2  | 言語理解について        | ①よく分かる  | ②少しわかる  | ③全くわからない |
| 3  | 話すことについて        | ①よくできる  | ②すこしできる | ③全くできない  |
| 4  | 嫌な姿勢について        | ①ある   |         | ②ない      |
| 5  | 一人で食事ができる       | ①はい   | ②一部介助   | ③全介助     |
| 6  | 食事の内容について       | ①普通食 ②柔らかいもの ③流動食<br>④その他 _____                               |         |          |
| 7  | 偏食について          | ①ある   |         | ②ない      |
|    |                 | 好きな食べ物 _____<br>嫌いな食べ物 _____                                  |         |          |
| 8  | 癖について           | ①ある<br>1)つめをかむ 2)くちびるをかむ<br>3)歯ぎしり 4)くちびるを吸う<br>5)指しゃぶり 6)その他 |         | ②ない      |
| 9  | 口を開けにくい         | ①はい   |         | ②いいえ     |
| 10 | 手や腕を動かすことが不自由   | ①はい (麻痺・緊張)<br>1) 左 2)右 3)両方                                  |         | ②いいえ     |
| 11 | 足を動かすことが不自由     | ①はい(麻痺・緊張)<br>1) 左 2)右 3)両方                                   |         | ②いいえ     |
| 13 | 歩くのが不自由         | ①はい<br>1) 車椅子を利用 2) 杖等を利用<br>3) 一人で歩けるが介助者が必要                 |         | ②いいえ     |
| 14 | 頭や身体を振ったりする     | ①はい   |         | ②いいえ     |
| 15 | チアノーゼを時々起こす     | ①はい   |         | ②いいえ     |
| 16 | 音に対して非常に敏感      | ①はい   |         | ②いいえ     |
| 17 | 落ち着きなく動き回ることが多い | ①はい   |         | ②いいえ     |
| 18 | 自傷行為がある         | ①はい   |         | ②いいえ     |
| 19 | 散髪              | ①可能 ②可能な時もある ③不可能   |         |          |

ありがとうございました。