

歯科巡回診療申込書

令和 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)	
_____	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 年 月 日 ()歳	性別	男・女
学校 施設名	(通学・寮)(入所・通所)		
現住所	〒 -	TEL	
		携帯 番号	
保護者氏名		患者と 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？

知人の紹介 開業医の紹介 学校・施設の紹介 病院の紹介
ハートセンターの紹介 保健所・役所の紹介 報道機関
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 (5)その他_____
2	視覚障害	(1)先天性異常 (2)強度の弱視 (3)その他_____
3	聴覚障害	(1)先天性異常 (2)メニエール症候群 (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 (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 (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 (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) (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 (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 (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？ はい 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？ はい いいえ

5. 歯磨きについて

1. 歯磨きをしていますか？ はい 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？ 本人 介助者 本人と介助者

3. ブクブクうがいができますか？ はい 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？

心臓病 高血圧 低血圧 貧血 リウマチ 腎臓病 肝臓病

自律神経失調症 薬剤アレルギー じん麻疹 糖尿病 ぜんそく

結核 関節炎 その他_____

2. 入院したことがありますか？ はい 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？ はい 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？ はい 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？ はい いいえ

5. 最近、医師治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

6. 現在、治療中ですか？ はい 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？ はい 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？

はい いいえ

・薬の名前_____

7. その他

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

ありがとうございました。