**歯科巡回診療申込書**

記入日　　　　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

連絡とれる時間・曜日

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |
| 電話番号 | 携帯番号 |
| 受診者との関係 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 愛称 | |  |
| 受診者名 |  |
| 生年月日 | 昭　・　平　・　令  　　　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 | | | | |

**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．こちらをどのようにして知りましたか？**

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．来院の目的に該当するものをお選びください**

①　検診(予防)　　②　むし歯の治療　　③　歯周病の治療（定期的な口腔内清掃）

④　入れ歯の修理、または新しい入れ歯を作りたい　　⑤　摂食指導

⑥　その他

**3．歯科治療を受けたことがありますか？** ①はい　　　②いいえ

1）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

2）歯科治療の際、気持ちが悪くなったことがありますか？ 　　　　①はい　　　②いいえ

3）歯科治療の際、抜歯をしたことはありますか？　　　　　①はい　　　②いいえ

　はいとお答えの方で、問題があった場合は状況をお知らせください。

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**4．これまでにかかった疾患や、現在の障害について（複数回答可）**

※具体的な病名や症状の程度が分かる場合は（　）にお書きください

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 体の動きや働き、つくりに関連するもの  ①　脳血管障害（脳梗塞など）による身体機能障害　　②　脳性まひ  ③　事故等による後遺症（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ④　視覚障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤　聴覚障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑥　リウマチ  ⑦　唇顎口蓋裂  ⑧　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2 | 呼吸器に関連するもの   1. 肺の疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. ぜんそく 3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ | 心臓の働きに関連するもの   1. 先天性心疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. 狭心症・心筋梗塞等（　　　　　　　　　　　　　　　　） 3. 高血圧　　④　低血圧　　⑤　貧血 |
| 4 | 遺伝子に関連するもの   1. ダウン症 2. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 5 | 脳機能に関連するもの  　①　自閉症　　②　知的能力障害　　③　アスペルガー症候群  　④　その他の広汎性発達障害（　　　　　　　　　　　　　　）  　⑤　学習障害　⑥　注意欠陥多動性障害 |
| 6 | 精神に関連するもの   1. うつ病（双極性障害）　⑤　認知症（分類：　　　　　　　　　　　　）   ⑥　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 7 | 感染症について  ①　肝炎ウィルス（ 型）　　　②　結核  ③　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 8 | その他  ①てんかん（最終の発作　　　　　　頻度　　　　　程度　　　　　　　　）  ②血液の疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ③肝臓や腎臓、腸の疾患  ④上記以外の疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**5．現在、治療中ですか？**　　　　　　　　　　　　　　　　　①はい　　 ②いいえ

・病名

　　　・病院名

　　　・担当医名

**6．何かお薬を飲んでいますか？**　　　　　 ①はい　　 ②いいえ

・薬の名前

**7．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

**8．薬のアレルギーがありますか？**　　　　　　　　　　　　　①はい　　　②いいえ

・薬の名前

**9．その他のアレルギーがありますか**　　　　　　　　　　　　①はい　　　②いいえ

はいとお答えの方はお書きください

**10．入院をしたことがありますか？**　　　　　　　　　　　　　①はい　　　②いいえ

**11．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

**12．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  ④その他 | | | |
| ７ | 歯磨きについて | 1日（　　）回　（　朝　・　昼　・　夜　） | | | |
| ①本人 | ②介助者 | ③本人と介助者 | |
| ８ | 癖について | ①ある  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 | | | 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）  　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）  　1)　左　　　2)右　　　3)両方 | | | ②いいえ |
| １3 | 歩くのが不自由 | ①はい  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 | | | 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。**