

巡回歯科診療申込書

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	
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			

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。

※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 (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？

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

※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。

(_____)

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

・薬の名称

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

・薬の名称

9. その他

1	A D L (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	偏食について	①ある ②ない 好きな食べ物_____ 嫌いな食べ物_____		
8	癖について	①ある ②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	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 ②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	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。