

予約日 月 日 () :

わかる範囲でご記入の上、予約当日にお持ちください。

当日の持ち物

- ・ 初診問診票
- ・ お持ちの方は、当院宛の紹介状
- ・ お薬の手帳
- ・ 保険証、お持ちの場合は受給者証(毎月、確認します)
- ・ 歯ブラシ(毎回、お持ちください)
- ・ 必要でしたら、本人が安心できるグッズ

当日の予定

- ① 全身の状態や生活の状況について、問診票を用いながらお聞きする
- ② 可能な範囲と方法で、お口の状態を確認する
- ③ 今後の予定や目標を相談する
- ④ 次回の予約を決めて終了

また、以下の場合には、早めにご連絡ください。

- ・ お約束の時間に遅れそうな場合(迷った、など)
- ・ ご本人の体調や機嫌が優れず、良いスタートが難しそうな場合
- ・ スタッフとの打合せをもう一度希望される場合
- ・ その他、ご質問がある場合

お待ちしております。

そらまめ歯科

tel : 086-805-4895

fax : 086-805-4890

問 診 表

記入日： 年 月 日

ご記入者様

お 名 前	様	患者様との続柄	
-------	---	---------	--

患者様

(ふりがな)	()
お 名 前	様
職業(学校名)	

生年月日	年齢	身長	体重
S・H・R . .	才	cm	kg

連絡先

ご 住 所	〒		
自宅電話番号	() -	携帯電話番号	(持ち主:)

ご家族

続柄	年齢	続柄	年齢
	才		才
	才		才
	才		才

来 院 方 法	
来 院 日 時 希 望	
所 要 時 間	
相談支援専門員 (所属機関)	

1. ご来院された理由

- むし歯がある ●痛みがある ●けが ●歯並びが気になる ●予防処置(フッ素塗布) ●歯周病/歯石が気になる
●歯科検診 ●その他()

2. 今までに歯科を受診したご経験がありますか

- ありません ●あります(いつ頃:) どのような様子ですか:)

3. どのくらい歯磨きをされていますか

- 本人 [しない・する] [一日: 回] [使用器具: 歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス]
●介護者 [しない・する] [一日: 回] [使用器具: 歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス]
●歯磨きペースト(歯磨き粉) [使いません・使います(フォーム・ジェル・キッズ用・大人用)]

4. うがいはどのくらいできますか

- できません ●できます(ゆすぐうがいができる・含んで出すだけ) うがいの介助: (不要・必要)

5. お口について困りごとや治療へのご希望など

--

(続く)
そらまめ歯科

(続き)

6. 感染症について

●不明 ●なし ●あり()

7. アレルギーについて

●不明 ●なし ●あり()

8. 全身の病気、発達について教えてください

- ① 知的能力障害、②自閉スペクトラム症、③脳性麻痺、④肢体不自由、⑤てんかん、⑥高血圧症、⑦心疾患、
⑧脳血管障害後遺症、⑨糖尿病、⑩骨粗しょう症は病名欄に数字を、その他は病名を記載してください。

病名(診断名)	診断時期	かかりつけの病院(主治医)

9. コミュニケーションの手段

本人からの表出方法: ●実物 ●写真 ●絵 ●文字 ●音声言語 ●身体表現 ●その他()

本人へ伝える方法: ●実物 ●写真 ●絵 ●文字 ●音声言語 ●身体表現 ●モデリング
●その他()

数字の理解: ●3まで ●5まで ●10まで ●10より大きい数字

カウントの使い方: (数字:)カウントの ●カウントダウン ●カウントアップ ●総量提示
繰り返し ●不可能 ●可能 ●最後の1回のみ

10. 生活の中での様子で当てはまるものを記入してください

	もの、遊び	キャラクター	人	光	匂い、味	音	場所
好き							
嫌い							

11. 問題となる対人関連行動

●なし ●あり(攻撃・反抗的・排泄・拒絶的傾向・奇声・叫声・ひどいいたずら・衝動的発作的他害)

12. こだわりや癖

●なし ●あり()

それらの時の様子や本人の気持ち()

13. 感覚・知覚

右図に、麻痺のある部分を斜線

感覚過敏の部分は○で囲む

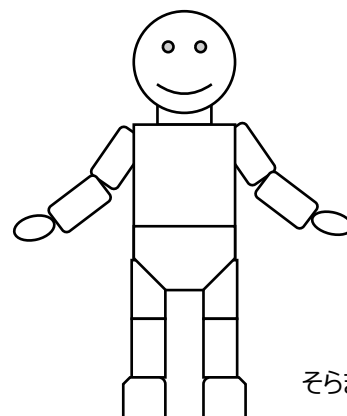
痛みがある部分は矢印

視力障害: ●なし ●あり()

聴力障害: ●なし ●あり()

排泄

●介助不要 ●介助必要(オムツ・時間排泄・意思表示できる)



そらまめ歯科

(続き)

14.活動・休憩

不随運動^{*1} : ●なし ●あり() ^{*1} 自分の意思に関係なくひとりでに体が動くこと

痙攣発作 : ●なし ●あり(頻度やタイミング:)

→ 対応()

移動方法の介助: ●不要 ●付き添いや見守りが必要 ●状況に応じて ●全介助

体位の注意: ●なし ●あり(座位の保持 ・ 院内の移動 ・ 診療台への移乗 ・ 診療台上の姿勢)

→ 対応()

15.食事・栄養

経口の食事 ●している → 介助: 不要 ・ 必要(必要に応じて ・ 全介助)

食形態: 普通 ・ 一口大 ・ 軟食 ・ とろみ ・ ペースト ・ 味見

1 回の食事時間(約 分)

●していない → 経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ 点滴

摂食指導を受けた経験 ●なし ●あり(指導内容:)

16.その他 知らせておきたいことなどありましたらご記入ください

マイナ保険証について

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意をされますか？

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用に協力をお願いいたします。