



問診票

記入日 年 月 日

記入者氏名 _____ ご関係 _____ 紹介状 無・有(_____)

| | | | |
|---|--------|---------|----------------|
| 氏名 | (ふりがな) | 愛称(あれば) | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | (年齢 歳) | カ月) |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg (測定日 年 月 日) |
| ① お口のことで気になることをご記入ください (□にチェック) | | | |
| <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ/痛み/血が出る <input type="checkbox"/> 歯石がある <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 健診してほしい <input type="checkbox"/> 歯の生え方 <input type="checkbox"/> 歯並びについて <input type="checkbox"/> ハミガキをいやがる <input type="checkbox"/> ハミガキ(口腔ケア)の方法を知りたい <input type="checkbox"/> 食べることについて <input type="checkbox"/> 食事内容について <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | |
| ② 今まで歯科にかかったことがありますか ➡ ない ・ ある | | | |
| ↳ ある と答えた方は今までお困りの経験はありましたか ➡ ない ・ ある | | | |
| ↳ ある と答えた方は内容をご記入ください | | | |
| ③ いつハミガキをしますか ➡ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 ・ その他(_____) | | | |
| ↳ 主にされる方は誰ですか ➡ 母 ・ 父 ・ 支援者 ・ その他(_____) | | | |
| ↳ ハブラシ以外になにか使いますか ➡ フロス ・ 歯間ブラシ ・ ワンタフトブラシ | | | |
| ④ ハミガキの拒否はありますか ➡ ない ・ ある | | | |
| ↳ ある と答えた方はどのようにしていますか？ | | | |
| ⑤ 嘔吐しやすいですか ➡ ない ・ 時々ある ・ いつもある | | | |
| 口を触られると拒否や過敏はありますか ➡ 拒否 ・ 過敏 | | | |
| ⑥ 口腔、食事などに関する家族のご意向があればご記載ください | | | |

(マイナ保険証を利用された方のみ)

※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しましたか？

➡ はい いいえ

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時)加算①6点 加算②2点(マイナ保証利用)

※ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。



お体の状態を教えてください

出生体重 _____ g 出生週数 _____ 週 アプガースコア _____ / 10

① 今までに指摘された診断名をご記入ください (□にチェック)

※疾患名は明確な診断名を記載しております。安心・安全の歯科医療のために、医療職が知っておくべき内容を含みますので、何卒ご理解いただき、ご了承のほどよろしくお願いいたします。

脳性麻痺 知的発達症 発達障害 → ASD・ADHD・LD・その他()

てんかん (頻度: _____ 状態: _____ きっかけ: _____)

神経筋疾患() 遺伝子疾患() 染色体異常()

内部障害 → 循環器() 消化器()

呼吸器() 腎・泌尿器()

その他()

② 主治医の医療機関を教えてください ➡ 医療機関名 ()

診療科名 () 主治医 ()

その他、かかっている医療機関、診療科をすべて記入してください

③ 出生から現在にかけて、通所した療育・学校施設、従事しているお仕事があれば教えてください

④ 内服薬はありますか ➡ ない・ある ※ある場合は下にご記入ください

※お薬手帳の写しでも結構です

⑤ ご本人が飲むことのできる薬の剤型に○をつけてください ➡ 錠剤・カプセル・粉薬・シロップ

※薬の飲ませ方で工夫していることや、注意することがありましたらお書きください

⑦ アレルギーはありますか ➡ ない・ある ※ある場合は下にご記入ください

薬剤() 食品() その他()

⑧ 手術を受けたことがありますか ➡ ない・ある ※ある場合は下にご記入ください

手術名() 医療機関名() 手術日()

手術名() 医療機関名() 手術日()

⑧ 全身状態や治療を進める上で配慮してほしいことがあれば、何でもご記入ください

(身体を抑制しないでほしい、抜歯などの前に抗菌薬を投与してほしい、スモールステップで進めてほしい、など)



＜コミュニケーションシート＞



おなまえ _____ 記入者氏名 _____ (ご関係 _____)

このシートは、ご本人さまとできるだけ上手にコミュニケーションをとるためのものです。
わかる範囲でかまいませんので、できるだけ具体的な方法をお聞かせください。

嫌がられること、苦手なこと、怖がられることなどに○をつけて下さい

| | | | |
|--------------|------------|---------------|-------|
| 体を触られること | 頭を触れられること | ベッド(仰向け)に寝ること | 待つこと |
| 大きな機械音 | 掃除機(吸引器)の音 | 人が多いところ | 注射 |
| 大きな声 | 小さい子供の泣き声 | たくさん話しかけられること | 金属 |
| 口に触れられること | 白衣の人 | 初めての場所 | 初めての人 |
| その他(_____) | | | |

好きなもの・好きなことをお書きください(キャラクター・おもちゃ・食べ物・趣味や好きな人など)

「ごほうび」「気持ちの切り替え」になるものをお書きください

どのように伝えたらわかりやすいですか

(理解できる方法に○ 限定されていたり不確実なものに△をつけて下さい)

| | | | | |
|--------------|----------|--------------|-----------|--------|
| 実物を見せる | 写真を見せる | 絵を見せる | 文字で書いて見せる | やって見せる |
| 指さし | 日常使う短い言葉 | 少し長い文でも理解できる | | |
| その他(_____) | | | | |



他人にどのように意思や状態を伝えることができますか

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------|------|-------|-------|--------|
| 会話で自由に伝えられる | 言葉を話すが伝えることは限られている | | | | |
| みぶり | 文字 | 絵カード | 写真カード | 実物を示す | 手をひっぱる |
| VOCA(種類 _____) その他(_____) | | | | | |

時間の示し方について○をつけてください

時計(アナログ・デジタル) キッチンタイマー 数を数える(例/10カウント _____)

いやなこと・過敏・NGワードがあれば教えて下さい

見通しの持たせ方は

待ち時間は

パニックになってしまったら

その他 気をつけること

➡
記
入
例

- 大きな声
- 突然体をさわられる
- ダメといわれるとパニックになる

- 絵や写真で理解
- 事前に場所や器具をみておく
- 10数えることで終わりがわかる

- 車の中で待つ
- 個室など静かな場所で待つ
- ほとんど待てない

- しばらくそっとして待つ
- 声をかけられると余計混乱するなど

- 多動でじっとしてられない
- トラウマがあり、診療台や歯医者が怖い/嫌い
- 急かされると混乱する など