申　込　用　紙

年　月　日　　No.1

フリガナ	男 ・ 女	生年月日　　年　月　日
患者氏名	身長(　　)cm	体重(　　)kg
連絡先① 連絡先②	住　所	
家族構成	愛　称	
学校/施設名(　　)	(通学・寮)	(入所・通所)

訓練/施設名(　　)

担当　PT:　　OT:　　ST:　　保育:

今回の受診理由を教えてください(該当する数字に〇をしてください)

1. 検診をしてほしい　　2. 虫歯の治療をしてほしい

3. その他(　　)

歯科を受診したことがありますか？ (1. ある　　2. ない)

「1. ある」の場合　①定期健診を受けていた　②むし歯の治療をした(　　才　　ヶ月)

歯科医院名(　　)　最終受診 (　　年　　月頃)

紹介状をお持ちですか (1. ある　2. ない)

過去の歯科受診時の様子はどうでしたか？

1. 何とかできた　2. 泣くのを抑えてできた　3. 抑制具を使って出来た

4. できなかった　5. その他 (　　)

歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ (1. ある　2. ない)

歯科治療で歯を抜いたことがありますか？ (1. ある　2. ない)

血が止まりにくいと言われた事がありますか？ (1. ある　2. ない)

以下の疾患にかかったことまたは、治療している疾患がありますか？ (複数回答　可)

1. 呼吸器　2. 心臓　3. 胃腸　4. 肝臓・腎臓

5. 精神遅滞　6. 運動発達遅滞　7. 脳性麻痺　8. てんかん

9. 自閉スペクトラム症　10. AD／HD　11. LD

12. ダウン症候群　13. その他(　　)

14. アレルギー(複数回答　可)

喘息・鼻炎・花粉症・アトピー・湿疹・薬疹(　　)・食べ物(　　)・その他(　　)

けいれん等の発作がありましたか？

1. ない

2. ある (　　才　　ヶ月頃から　　才頃まで)

最終発作 (　　年　　月　　才頃まで)

薬を飲んで発作は止まっていますか 1. 止まっている　2. 止まっていない

頻度はどのくらいですか？ (　　)

どのような発作ですか？ (　　)

脳波をとったことがありますか？

1. ない　2. ある　眠るためのお薬は何を使いましたか？(　　)

主治医はどなたですか？

(　　病院　　科　　先生)

(　　病院　　科　　先生)

現在、医師の治療を受けていますか？また、それはどんな治療ですか？

(　　)通院頻度 (　　)回／年・月

現在、飲んでいるお薬はなんですか？

お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちの方は御呈示くださし

どのようなお薬が飲めますか？

1. 何でも飲める　2. シロップ　3. 粉薬　4. 錠剤　5. 飲めない

手足に麻痺や緊張がありますか？

1. ない

2. ある (麻痺　1. 右手　2. 左手　3. 右足　4. 左足　)

※裏もあります

一人で食事ができますか？　　1. できる　（1. 自立　2. 一部介助）　　2. できない

食事の摂取法・形態を教えてください　　経口・経管（経鼻・胃瘻）
1. 普通食　2. 軟食　3. 荒刻み食　4. 刻み食　5. すり潰し　6. ペースト食　7. 流動食

排尿、排便は一人でできますか？　1. できる　　2. できない　　3. オムツ

自分の意思や状態をどのように伝えますか？
身体で表現　[身振り　しぐさ　指差し　その他(　　)]
モノで表現　[シンボル　実物　絵　写真　VOCA　その他(　　)]
言語で表現　[なん語　単語　一語文　二語文　要求語　それ以上(　　)]
表出なし

こちらの話を理解できますか？
1. 理解できる　2. 少し理解できる　3. 特定の人の話なら理解できる　4. 理解できない

どのように伝えると理解しやすいですか？
身体で伝達　[してみせる　指差し　一緒に手を添える　その他(　　)]
モノで伝達　[シンボル　実物　絵　写真　VOCA　その他(　　)]
言語で伝達　[単語　短い文章　長い文章]

どの様な事を理解されていますか？
時間　[アナログ　デジタル　タイマー　砂時計　その他(　　)]
文字　[ひらがな　カタカナ　漢字　数字　アルファベット]
数　[10まで　20まで　30まで　40まで　50まで　それ以上]
見通し　[カレンダー　スケジュール　その形態]

好きなことを教えてください
身体刺激　[握手　だっこ　ぐるぐる　身体をゆらゆら　その他(　　)]
色や音　[色(　　)　オルゴール　童謡　アニメ　その他(　　)]
場所　[スーパー　公園　ドライブ　電車　自宅]
人　[父　母　祖父　祖母　兄弟・姉妹　その他 (　　)]

嫌がることを教えてください
身体を触る　[頭　耳　顔　口　肩　手　おなか　腰　足　その他(　　)]
色や音　[色(　　)　泣き声　高い声　機械音　掃除機音　その他(　　)]
体勢　[仰向け　座る　体制を保持する　その他(　　)]
医療　[薬　注射　におい　白衣　その他(　　)]

自傷行為がありますか？　　1. ある(　　)　2. ない
つぎのような癖がありますか？
1. ある　　爪を噛む　指をしゃぶる　歯ぎしりをする　その他 (　　)　2. ない
どのような時にでますか？　(　　)

歯磨きについてお伺いします
1. 誰が　[本人　母　父　介助者　その他 (　　)]
2. 回数　[1回　2回　3回　3回以上]
3. いつ　[朝　昼　おやつ後　夕食後　就寝前]
4. どこで　[浴室　洗面所　居間　その他 (　　)]
5. 姿勢　[寝かせて　立たせて　座らせて]
6. うがい　[できる　できない]
7. フッ素　[している　時々　していない]
8. フロス　[している　時々　していない]

間食についてお伺いします（飲料水も含む）
1. 時間を決めていますか　[はい　いいえ]
2. 回数　[1回　2回　3回以上]
3. おやつのメニューはどんなものですか？
食べ物 (　　)　飲み物(　　)

歯科診療に対してのご要望があれば教えてください