

健康調査表①

この用紙は、当センターで治療を受けられる前にお聞きしておきたい事項が記載されています。治療の参考にするだけで絶対に他にはもらしませんので、ありのままを記入してください。以下、該当するものには○、空欄には記載事項を記入してください。

◆本人について

患者氏名 ふりがな _____ (愛称: _____) (男・女)

生年月日 M・T・S・H__年__月__日 (歳) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 (〒 -) _____

連絡先 自宅 () _____ 携帯番号 _____

在学学校名 _____ (年) 所在地 _____ (電話) _____

施設名 (通所・入所) _____ 所在地 _____ (電話) _____

◆障害について

障害名 (_____)

手帳 あり [療育手帳 B・・A・] 身体障がい者手帳__級 精神障がい者保健福祉手帳] なし

診断を受けた時期・病院 (年・ 歳ごろ) (_____ 病院 科 担当医: _____)

現在通院している病院 (_____ 病院 科 担当医: _____)
(_____ 病院 科 担当医: _____)

常用薬 薬剤情報 (あり・なし) _____
(内容: _____)

◆保護者・介助者について

保護者氏名 _____ (続柄: _____)
同居・別居

介助者氏名 _____ (続柄: _____)
施設職員の場合 (施設名: _____)

住所 (別居の方のみ)
(〒 -) _____

緊急連絡先 自宅 () _____
携帯番号 _____

◆家族構成
(※初診時に聞き取りをさせていただきます。)

◆今までに次のような病気にかかったことがあれば、該当する項目に○印をつけてください。

- ①神経系疾患： a.てんかん b.脳性麻痺 c.知的障害 d.認知症 e.神経難病（ ）
f.その他（ ）
- ②発達障害： a.広汎性発達障害【自閉症・アスペルガー症候群・その他（ ）】
b.学習障害（LD） c.注意欠陥多動性障害（ADHD） d.その他（ ）
精神的障害：a.神経症 b.統合失調症 c.その他（ ）
- ③遺伝性疾患： a.ダウン症 b.血友病 c.その他（ ）
- ④呼吸器疾患： a.肺炎 b.気管支喘息 c.肺結核 d.その他（ ）
- ⑤循環器疾患： a.狭心症 b.心筋梗塞 c.高血圧症 d.先天性心疾患（ ）
e.その他（ ）
- ⑥脳血管障害： a.脳出血 b.くも膜下出血 c.脳梗塞 d.その他（ ）
- ⑦高次脳機能障害： a.失語 b.失行 c.失認 d.実行機能障害 e.その他（ ）
- ⑧肝疾患： a.肝炎（ 型） b.肝硬変 c.その他（ ）
- ⑨腎疾患： a.腎不全 b.ネフローゼ c.その他（ ）
- ⑩内分泌疾患： a.糖尿病 b.甲状腺機能亢進症 c.副腎皮質機能不全 d.その他（ ）
- ⑪アレルギー：（ ）
- ⑫その他： a.リウマチ b.出血性素因（ ） c.エイズ d.性病（ ）
e.その他（ ）

※骨粗しょう症の治療を受けていますか？ または受けたことがありますか？

（時期： 年 月～ 年 月 方法：内服・点滴 薬剤名： ）

※今までに薬をのんで、異常を起こしたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

薬の名前（ ）

※歯科治療以外で入院・手術や通院治療を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

病気の種類あるいは病名 _____（ 年 月ごろ）

手術で麻酔をしたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

（ 全身麻酔 ・ 局所麻酔 ） 手術名 _____

※特に記載しておきたい事項（どんなことでも結構です。ご自由にお書きください。）

◆来院の目的**◆歯科治療に関連して**

今までに歯科治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

***以下の項目は『はい』と答えた方のみ記入してください。**

①局所麻酔で治療を受けた経験がありますか？ (はい ・ いいえ)

②抜歯等、外科的手術後血が止まりにくかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

③歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

④抑制具等を使用した、強制的な歯科治療を受けた経験がありますか？ (はい ・ いいえ)

⑤全身麻酔で治療を受けた経験がありますか？ (はい ・ いいえ)

※当センターでの歯科治療に際して、特に要望しておきたいことがありましたら、ご記入ください。

◆日常生活について

1、どこに不自由を感じていますか？

- ①視力（視覚） ②聴力（難聴） ③理解力 ④発語 ⑤会話 ⑥情緒
⑦その他（ ）

2、洗口・歯磨きについて

- a) うがい ①できる ②少しできる ③できない
④その他（ ）

- b) 自分で歯磨き ①できる ②できない部位がある ③できない
④その他（ ）

- c) 介助者が歯磨き ①している ②していない ③しようとする嫌がる
④その他（ ）

d) 介助者が歯磨きをする場合、どんな姿勢でやりますか？

- ①寝かせて ②抱きかかえて ③座らせて正面から
④その他（ ）

e) いつ磨きますか？（○は複数でも結構です）

- ①朝食（前・後） ②昼食後 ③間食後 ④夕食後
⑤就寝前 ⑥その他（ ）

f) 1回の歯磨きに要する時間は _____分ぐらい

3、移動はどうしていますか？（自力で移動・介助が必要）

- 移動方法は？ ①独歩 ②杖歩行 ③車イス
④その他（ ）

4、生活上、特に注意すべき事・行動または治療に際しての希望がありましたら、自由にお書きください。

（例）お気に入りのものを持っていないと落ち着かない。急に大きい音がするとパニックになる

記入者署名 _____（続柄 _____）

記入日 _____年 _____月 _____日