

歯科診療申込書（問診表）

ふりがな		性 別	生年 月 日	昭和 平成 令和
患者氏名		男・女		年 月 日（満 歳）
呼び名 （愛 称）		当院受診歴		有（ I D ） 無
住 所	〒 -			
自宅電話	（ ）	F A X 番号	（ ）	
昼間の連絡先	日中に必ず連絡できる番号をご記入ください （ ）	何人目のお子さん ですか？	人目	
		家族構成	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父母 ☐ その他（ ）	
障がいの種類	☐ 知的障がい（精神遅滞） ☐ 自閉症・アスペルガーなどの発達障がい ☐ 脳性まひ ☐ その他（ ）			
肢体不自由の 有 無	☐ なし ☐ なしだが多動あり ☐ 多少あり ☐ あり ☐ 筋緊張や不随意運動が著しい			
全身疾患の 有 無	☐ なし ☐ ダウン症 ☐ てんかん ☐ 先天性心疾患 ☐ 喘息 ☐ その他（疾患名 ）（何歳頃 ）			
現在、通っている 病院はありますか	☐ なし ☐ あり（疾患名 ）、（通院先 ）			
感染症の有無	☐ なし ☐ あり（感染症名： ）			
過去にかかった ことのある病気	☐ なし ☐ はしか ☐ 風疹（3日はしか） ☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ☐ 水痘（水ぼうそう） ☐ その他（ ）			
予防注射経験	☐ なし ☐ あり	歯科での局所麻酔経験	☐ なし ☐ あり	
服用中の薬	☐ なし ☐ あり（薬剤名： ）			
薬の飲み方	☐ 錠剤を飲む ☐ 粉薬を飲む ☐ 飲むのは苦手なので何か工夫をしている ☐ 飲めない			
薬アレルギー	☐ なし ☐ あり（薬剤名： ）			
食べ物等の アレルギー	☐ なし ☐ あり（物品名： ）			
現在の生活状況	☐ 自宅のみ ☐ 自宅から通所施設に通所 ☐ 施設に入所中 ☐ その他（ ）			
	☐ 横になっている ☐ 横になったり・車椅子 ☐ 車椅子 ☐ 立って歩ける			
言語障がいの 有 無	☐ なし ☐ 多少あり ☐ あり	コミュニケーション の可否	☐ 可能 ☐ 不可能 ☐ どうか可能 （ ）	
経管栄養の 有 無	☐ なし（経口摂取） ☐ あり（ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻） ☐ その他			
食事形態	☒ 主食 ☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 粥 ☐ 流動食			
	☒ 副食 ☐ 常食 ☐ 堅いもの刻み ☐ ソフト食 ☐ 流動食			

▽診療申込者（記載者）氏名 _____

・患者との続柄：

・連絡先電話番号（ ）

*上記、昼間の連絡先と同じ場合は記載不要

これからの質問は、患者様のことを良く理解し、安心・安全に歯科診療を受けていただくために必要な問診表です。歯科診療をスムーズにすすめる上で大変参考となるものですので、ありのままをご記入ください。またあらかじめ伝えておきたいことについて診療申込者が記載してください。
*当てはまる項目に✓を入れてください。

I. 歯科に関する質問

1. ① 当センター歯科診療科を受診した理由は 何ですか。

- ☐ 歯が痛い
- ☐ 歯が動いている
- ☐ 歯ぐきが痛い・腫れている・出血する
- ☐ むし歯を治して欲しい
- ☐ 詰め物が取れた
- ☐ 健診で治療を勧められたから
- ☐ 口腔の定期的な管理をして欲しい
- ☐ 予防処置をして欲しい
- ☐ その他 (_____)

② 痛いところや気になるところは どこですか。

- ☐ 全体的に
- ☐ 部分的に
- | | | |
|-------|------|-------|
| 右上の奥歯 | 上の前歯 | 左上の奥歯 |
| 右下の奥歯 | 下の前歯 | 左下の奥歯 |

③ 痛みや症状がでてきたのは いつからですか。

- ☐ 今日になってから
- ☐ 昨日から
- ☐ 2～3日前から
- ☐ 1週間前くらいから
- ☐ だいぶ前から

II. 歯科の受診と歯科治療に関する質問

1. これまで歯科医院で歯科治療を受けたことは ありますか。

- ☐ ある (直近に治療を受けた時期:平成・令和 _____ 年 _____ 月、その時の歯科医院名 _____)
- ☐ ない

2. その時の歯科治療は どうでしたか。 (IIの1で「ある」に✓を入れた方のみご記入ください)

- ☐ 普通にできた
- ☐ トレーニングによって歯科へ通うことができるようになった。
- ☐ 嫌がったができた
- ☐ 抑えつけて治療になった
- ☐ 全身麻酔での治療になった
- ☐ 治療できなかった

3. 定期的に通っている歯科医院 (かかりつけ歯科) は ありますか。

- ☐ ある (歯科医院名 _____)
- ☐ ない

III. 歯磨きに (ブラッシング) に関する質問

1. 誰が歯磨きをしていますか。

- ☐ 本人
- ☐ 家族
- ☐ 施設の人
- ☐ その他 (_____)

2. 1日何回歯磨きをしていますか。

- ☐ 朝起きたら
- ☐ 朝食後
- ☐ 夕食後
- ☐ 毎食後
- ☐ 就寝前

3. 仕上げ磨きの状況。

- ☐ やっていない
- ☐ 寝かせて磨いている
- ☐ 車椅子で、対面で磨いている
- ☐ 頭を固定している
- ☐ 車椅子で、後ろから頭を固定して磨いている
- ☐ 電動歯ブラシを使っている
- ☐ その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。