**歯科巡回診療申込書**

令和　　　　年　　　　月　　　日

長崎県口腔保健センター様

**※受診希望地　　　　　　　　　　　　※受診希望時間**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名　　（代筆の場合は、氏名・連絡先・受診者との関係）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 | |
| 電話番号 | 携帯番号 |
| 受診者との関係 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 愛称 | |  |
| 受診者名 |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　・　平　・　令  　　　年　　　月　　　日　　（　　　　　）歳 | 性別 | | 男　・　女 |
| 学校  施設名 | (通学・寮)(入所・通所) | | | |
| 現住所 | 〒　　　　- | TEL |  | |
|  | 携帯  番号 |  | |
| 保護者氏名 |  | 患者との関係 |  | |
| 付添い者 | 家族・ヘルパー・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 障害者（身体・療育・精神）手帳と等級  1.あり（　　　）種　（　　）　級　Ａ１ ・ Ａ２ ・ Ｂ１ ・ Ｂ２　　2.なし | | | | |

**長崎県口腔保健センター歯科診療所**

**◎下記の質問に該当するものに○またはご記入ください。**

**※調査票は、治療上の参考にするもので絶対に他へは漏らしませんので、ありのままをご記入ください。**

**１．どのようにして歯科巡回診療を知りましたか？**

　①知人の紹介　②開業医の紹介　③学校・施設の紹介　④病院の紹介

　⑤ハートセンターの紹介　⑥保健所・役所の紹介　⑦報道機関

⑧その他

**２．障害名はなんですか？（複数回答可）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 肢体不自由 | (1)脳卒中　(2)脳性まひ　(3)事故　(4)リウマチ  (5)その他 |
| ２ | 視覚障害 | (1)先天性異常　(2)強度の弱視  (3)その他 |
| ３ | 聴覚障害 | (1)先天性異常　(2)メニエール症候群  (3)その他 |
| ４ | 音声言語機能障害 | (1)脳性まひ　(2)自閉症　(3)唇顎口蓋裂　(4)脳卒中  (5)その他 |
| ５ | 固定臓器障害 | (1)心奇形　(2)ぜんそく　(3)ネフローゼ　(4)血液疾患  (5)内分泌代謝疾患　(6)その他 |
| ６ | 平衡機能障害 | (1)てんかん　　(2)脳卒中　(3)メニエール症候群  (4)先天性脳障害　(5)その他 |
| ７ | 精神機能障害 | (1)精神発達遅滞　(2)染色体異常(ダウン症など)  (3)先天性異常　(4)その他 |
| ８ | 痙攣性疾患 | (1)てんかん(2)脳卒中　(3)脳外傷後遺症  (4)その他 |
| ９ | 情緒障害 | (1)自閉症　(2)精神病　(3)心身症　(4)神経症  (5)その他 |

**３．どこを(何を)治療希望されていますか？**

1.現在、痛みがあるところ　　2.検診(予防)　　3.むし歯の治療　　4.歯周病の治療

5.入れ歯の修理、または新しい入れ歯を作りたい　　6.摂食指導

7.その他

**４．歯科治療を受けたことがありますか？　　　　　　　 　　 ①はい　　　②いいえ**

**はいとお答えの方は**

1.　上手にできた　　2.　抑制して行った　3.　全身麻酔または鎮静法

**※歯科治療を受けた時、気持ちが悪くなったことがありますか？** 　　**①はい　　　②いいえ**

**５.　歯磨きについて**

1.　歯磨きをしていますか？　　　　　　　　　　　　　　　　**①はい　　　②いいえ**

**＊はいとお答えの方は下記の質問へ**

(　　日　　回　　朝食　前　・　後　　昼食　前　・　後　　夕食　前　・　後　　寝る前)

2.誰が磨きますか？　　  **①本人　　②介助者　　③本人と介助者**

3.ブクブクうがいができますか？　　　 **①はい　　②いいえ**

**６．健康状態について**

　1.次の病気にかかったことがありますか？

　①心臓病　　②高血圧　　③低血圧　　④貧血　　⑤リウマチ　　⑥腎臓病　⑦肝臓病

⑧自律神経失調症　　⑨薬剤アレルギー　　⑩じん麻疹　　⑪糖尿病　⑫ぜんそく

⑬結核　　⑭関節炎　　⑮その他

　2.入院したことがありますか？　　　　　　　　　　　　　　 **①はい　　 ②いいえ**

　3.麻酔(全身、局所)かけて、手術を受けたことがありますか？ **①はい　　　②いいえ**

　4.血が止まりにくいと言われたことがありますか？　 **①はい　　　②いいえ**

　　また、ご家族の中で血が止まりにくい方はいますか？ **①はい　　 ②いいえ**

5.最近、医師治療を受けたことがありますか？　　　　　　 **①はい　　 ②いいえ**

6.現在、治療中ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　**①はい　　 ②いいえ**

・病名

　　　・病院名

　　　・担当医名

7.何かお薬を飲んでいますか？　　　　　 **①はい　　 ②いいえ**

・薬の名前

　8.医師から歯科治療に際して、注意するように言われたお薬がありますか？

**①はい　　　②いいえ**

・薬の名前

**７．その他**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ＡＤＬ(日常生活動作) | **①完全自立** | **②部分介助** | **③全面介助** | |
| ２ | 言語理解について | **①よく分かる** | **②少しわかる** | **③全くわからない** | |
| ３ | 話すことについて | **①よくできる** | **②すこしできる** | **③全くできない** | |
| ４ | 嫌な姿勢について | **①ある** | | **②ない** | |
| ５ | 一人で食事ができる | **①はい** | **②一部介助** | **③全介助** | |
| ６ | 食事の内容について | **①普通食　　②柔らかいもの　　③流動食**  **④その他** | | | |
| ７ | 偏食について | **①ある　　　　　　　　　　　②ない**  **好きな食べ物**  **嫌いな食べ物** | | | |
| ８ | 癖について | **①ある**  **1)つめをかむ　　2)くちびるをかむ**  **3)歯ぎしり　 　4)くちびるを吸う**  **5)指しゃぶり 　6)その他** | | | **②ない** |
| ９ | 口を開けにくい | **①はい** | | | **②いいえ** |
| 10 | 手や腕を動かすことが不自由 | **①はい　（麻痺・緊張）**  **1)　左　　　2)右　　　3)両方** | | | **②いいえ** |
| 11 | 足を動かすことが不自由 | **①はい（麻痺・緊張）**  **1)　左　　　2)右　　　3)両方** | | | **②いいえ** |
| 12 | 歩くのが不自由 | **①はい**  **1)　車椅子を利用　2)　杖等を利用**  **3)　一人で歩けるが介助者が必要** | | | **②いいえ** |
| 13 | 頭や身体を振ったりする | **①はい** | | | **②いいえ** |
| 14 | チアノーゼを時々起こす | **①はい** | | | **②いいえ** |
| 15 | 音に対して非常に敏感 | **①はい** | | | **②いいえ** |
| 16 | 落ち着きなく動き回ることが多い | **①はい** | | | **②いいえ** |
| 17 | 自傷行為がある | **①はい** | | | **②いいえ** |
| 18 | 散髪 | **①可能　　　②可能な時もある　　③不可能** | | | |

ありがとうございました。