

# 歯科巡回診療申込書

記入日 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 \_\_\_\_\_

連絡とれる時間・曜日 \_\_\_\_\_

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			
受診者名		愛称	
生年月日	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			

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. こちらをどのようにして知りましたか？

- 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. 来院の目的に該当するものをお選びください

- ① 検診(予防) ② むし歯の治療 ③ 歯周病の治療(定期的な口腔内清掃)  
 ④ 入れ歯の修理、または新しい入れ歯を作りたい ⑤ 摂食指導  
 ⑥ その他 \_\_\_\_\_

3. 歯科治療を受けたことがありますか？ ①はい ②いいえ

1) 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

2) 歯科治療の際、気持ちが悪くなったことがありますか？ ①はい ②いいえ

3) 歯科治療の際、抜歯をしたことはありますか？ ①はい ②いいえ

はいとお答えの方で、問題があった場合は状況をお知らせください。

( )

4. これまでにかかった疾患や、現在の障害について(複数回答可)

※具体的な病名や症状の程度が分かる場合は( )にお書きください

1	<p>体の動きや働き、づくりに関連するもの</p> <p>① 脳血管障害(脳梗塞など)による身体機能障害 ② 脳性まひ                      ③ 事故等による後遺症( )                      ④ 視覚障害( )                      ⑤ 聴覚障害( )                      ⑥ リウマチ                      ⑦ 唇顎口蓋裂                      ⑧ その他( )</p>
2	<p>呼吸器に関連するもの</p> <p>① 肺の疾患( )                      ② ぜんそく                      ③ その他( )</p>
3	<p>心臓の働きに関連するもの</p> <p>① 先天性心疾患( )                      ② 狭心症・心筋梗塞等( )                      ③ 高血圧 ④ 低血圧 ⑤ 貧血</p>



## 12. 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	歯磨きについて	1日( )回 (朝・昼・夜)		
		①本人	②介助者	③本人と介助者
8	癖について	①ある		②ない
		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		
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)		②いいえ
		1)左 2)右 3)両方		
11	足を動かすことが不自由	①はい (麻痺・緊張)		②いいえ
		1)左 2)右 3)両方		
13	歩くのが不自由	①はい		②いいえ
		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		
14	頭や身体を振ったりする	①はい		②いいえ
15	チアノーゼを時々起こす	①はい		②いいえ
16	音に対して非常に敏感	①はい		②いいえ
17	落ち着きなく動き回ることが多い	①はい		②いいえ
18	自傷行為がある	①はい		②いいえ
19	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。