初めて来院される方は、問診表への記入をお願いいたします。もし分からないところがあれば空欄のままにし、次に進んでください。

Ver.3

事務記載
病院 ID:

大阪大学歯学部附属病院
障害者歯科治療部

記入日: 20　年　月　日
記入者氏名:
本人との関係:

問診表

ふりがな
氏 名:　　（　　）歳

身長:　　cm　体重:　　kg

通院手段:徒歩・自転車・車・電車・バス・タクシー・モノレール・その他（　　）

緊急連絡先: 氏名　　（続柄:　　）　電話番号

住まい: 在宅 ・ グループホームまたは入所 （施設名:　　）

同居のご家族についておしえてください

続柄	年齢	続柄	年齢

学校:　　療育施設・保育所・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学

●受診理由　※当てはまる理由に○をつけてください

歯が痛い　歯ぐきの腫れ　口臭が気になる　歯並びが気になる
虫歯の治療　定期検診を希望　その他（　　）

●障害やお身体について

障害者手帳・認定

療育:　　身体:　　級　精神:　　級　要介護度:　　

なし

病院で診断された病名（障害名）またはその他の疾患はありますか。

なし ・ あり

障害名:知的障害・自閉症・ADHD・脳性麻痺・筋ジストロフィー

症候群（　　）・パーキンソン病・認知症・うつ病・統合失調症

パニック障害・視覚障害（盲・弱視）・聴覚障害（聾・難聴・中途失聴）・てんかん

心疾患・口唇裂・口蓋裂・糖尿病・脳疾患・肝疾患・腎疾患・高血圧（　　/　　）

ぜんそく・感染症（B 型肝炎・C 型肝炎・梅毒・AIDS・その他（　　））

上記以外:　　

今までに大きな手術や入院をしたことがありますか。

なし ・ あり（　　）

ご家族の中で大きな病気をされた方はいますか。

なし ・ あり（　　）

現在常用中の薬はありますか。

なし ・ あり　※ありの方はお薬手帳を持参してください。

★今後服薬内容が変わった際はお薬手帳を提出してください。

アレルギー（疑いを含む）はありますか。

食べ物　：なし ・ あり　（内容:　　）

お薬　　：なし ・ あり　（内容:　　）

その他　：なし ・ あり　（内容:　　）

現在受診中の病院

	病院名	担当医	どんな理由で受診していますか？ 内容やお薬についてもお書きください	通院・訪問
例	○○病院 小児科	△先生	てんかん　半年に1回チェックとお薬をもらう ぜんそく　症状がある時のみ受診	(通院)・訪問
				通院・訪問
				通院・訪問
				通院・訪問
				通院・訪問
				通院・訪問

●歯科治療について

今まで治療を受けられた、あるいは試みたことはありますか。

なし

あり　　歯科医院名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　いつ頃:＿＿＿＿＿＿＿＿

受けた治療に○をつけてください（いくつでも）

虫歯治療　　抜歯　　歯の神経の治療　　局所麻酔

トレーニング　　歯石取り　　その他（内容:　　）

治療時の状態で当てはまるものに○をつけてください（複数選択可）。

（　）　普通に治療を受けることができた。

（　）　音・機械に拒否があり数人での固定が必要だった。

（　）　ベルトなどの抑制具が必要であった。

（　）　恐怖心が強く治療できなかった。

（　）　全身麻酔・鎮静下で行った。

その他に何か困ったことがあれば教えてください。

（　　）

抜歯経験はありますか。

なし

あり　　その時問題はありましたか。　いいえ　はい（　　）

局所麻酔（注射の麻酔）の経験はありますか。

なし

あり　　その時問題はありましたか。　いいえ　はい（　　）

全身麻酔経験はありますか。（歯科に限らず）

なし

あり　　その時問題はありましたか。　いいえ　はい（　　）

血が止まりにくいと言われたことはありますか。

なし ・ あり（　　）

コロナに感染したことはありますか。　　★今後感染された場合はご連絡ください。

なし ・ あり（いつ頃:　　）

たばこを吸いますか。

いいえ ・ はい（喫煙歴、本数など:　　）

お酒を飲みますか。

いいえ ・ はい

抗血栓薬（血をさらさらにする薬）を飲んでいますか。

なし

あり …該当する薬品名に〇をつけてください

（ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ

バイアスピリン・プラビックス・プレダール・パナルジン）

その他（　　）

骨粗しょう症治療薬の服用、骨粗しょう症の注射薬の使用をしたことがありますか。

なし

あり …該当する薬品名に○をつけてください。

飲み薬（アレンドロン・フォサマック・ボナロン・ダイドロネル・ボノテオ・リカルボン・ミノドロン・アクトネル・リセドロン・ボンヒバ）

注射（パミドロン・ボナロン・ボンヒバ・ゾメタ・ゾレドロン・リクラスト・アレディア・テイロック・ランマーク・プラリア・イベニティ）

その他（　　）

心筋梗塞や脳梗塞になったことはありますか。

いいえ ・ はい （いつ頃:　　）

●妊娠中や出産時に異常があった方はお答えください。

妊娠中になにか異常はありましたか。

なし ・ あり （内容:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

分娩時になにか異常はありましたか。

なし ・ あり （内容:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●18 歳未満の方はお答えください。

出生時の週数、体重、身長をお書きください。

週数（　　）週　　体重（　　）g　　身長（　　）cm

●歯磨きの状況について

・歯磨きの回数:＿＿＿＿回 ／日 （起床後 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前）

・誰が磨きますか？

自分で　　一部介助（主に誰が:　　）　　全介助（主に誰が:　　）

・ぶくぶくうがいはできますか。

できる　　できない

●日常生活動作（ADL）について

・入浴　自立 ・ 部分介助 ・ 全介助

・排泄　自立 ・ 部分介助 ・ 全介助

・歩行　独歩可能 ・ 介助または補助具で歩行可能 ・ 全介助（車いす、バギー）

●食生活について（当てはまるものに〇をつけてください）

・栄養方法　口から食べる　経鼻栄養　胃ろう・腸ろう

・食事時間　10 分以内　30 分以内　30 分以上

・よく飲むもの　お茶　牛乳　その他（内容:　　）

・偏食: なし ・ あり （内容:　　）

・間食の回数:＿＿＿回 ／日

・次の飲食物の中でたまに飲食するものには△を、ほぼ毎日飲食するものには〇を記入してください。

（　） チューイングガム	（　） スナック菓子	（　） あめ
（　） ハイチュウ	（　） チョコレート	（　） キャラメル
（　） せんべい・おかき	（　） プリン	（　） ヨーグルト（加糖・無糖）
（　） クッキー・ビスケット	（　） 乳酸菌飲料	（　） 炭酸飲料
（　） スポーツドリンク	（　） 栄養ドリンク	（　） アイスクリーム
（　） 菓子パン・ケーキ	（　） ジュース	（　） 野菜ジュース
（　） グミ	その他（　　）	

●生活習慣について

ある平日の一日の生活の内容と食べたり飲んだりしたものについて記入してください。

	生活について	食べたもの	記入例	
6 時			起床	
			朝食　歯磨き	食パン、ココア
8 時			学校	
10 時				
12 時			給食	カレーライス、牛乳
14 時				
			帰宅	オレンジジュース
16 時			おやつ	ドーナツ・カルピス
			遊ぶ	
18 時			夕食	トンカツ、みそ汁
20 時			入浴	牛乳
			歯磨き	
22 時			就寝	お茶
24 時				

●発達検査、知能検査について

発達検査、知能検査をしたことはありますか。

あり　　なし

└▶**＊実施した検査は何ですか。□にチェックし（）内に日付と受けた場所を記入してください。**
また、最新の検査結果を[　]内に記入してください。

<u>発達検査</u>

□新版Ｋ式発達検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□改定日本版デンバー式発達スクリーニング検査

（　　年　月　日　場所:　　）

□遠城寺式乳幼児分析的発達検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□津守式乳幼児精神発達検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□その他　検査名（　　）

（　　年　月　日　場所:　　）

最新の検査結果　（＊検査結果用紙をお持ちいただける場合は[　]の記入不要です）

<u>知能検査</u>

□WPPSI-Ⅲ知能診断検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□WICS-Ⅲ知能検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□WICS-Ⅳ知能検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□WAIS-Ⅲ知能検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□WAIS-Ⅳ知能検査　（　　年　月　日　場所:　　）

□田中ビネー知能検査Ⅴ　（　　年　月　日　場所:　　）

□その他　検査名（　　）

●利用中の福祉サービスについて（当てはまるものに〇をつけてください）

障害者総合支援法に基づくサービス

訪問系サービス	居宅介護　重度訪問介護　同行援護　行動援護　重度障害者等包括支援
日中活動系サービス	短期入所　生活介護　療養介護
施設系サービス	施設入所支援（ショートステイ）
居住支援系サービス	自立生活援助　共同生活援助（グループホーム）
訓練系・就労系サービス	自立訓練（機能訓練）　自立訓練（生活訓練）　就労移行支援 就労継続支援（A 型）　就労継続支援（B 型）　就労定着支援

児童福祉法に基づくサービス

障害児通所支援	児童発達支援　医療型児童発達支援　放課後等デイサービス 居宅訪問型児童発達支援　保育所等訪問支援
障害児入所支援	福祉型障害児入所施設　医療型障害児入所施設
障害児相談支援	障害児相談支援

介護保険に基づくサービス

居宅サービス	訪問介護　訪問入浴介護　訪問介護　訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導　通所介護　通所リハビリテーション　短期入所サービス
施設サービス	介護老人福祉施設　介護老人保健施設　介護療養型医療施設
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護　看護小規模多機能型居宅介護 夜間対応型訪問介護　定期巡回・随時対応型介護看護 認知症対応型通所介護　認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

・生活支援専門員はいますか。

いいえ ・ はい（氏名と事業所名：　　）

・ケアマネージャーはいますか。

いいえ ・ はい（氏名と事業所名：　　）

ご記入ありがとうございました。

何かほかに希望や要望等あればご記入ください。