

ふりがな 名前:	愛称:	性別: 男・女
生年月日: 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	身長: cm	体重: kg
電話番号: - -	携帯: - -	
記載者名:	続柄: 父・母・その他( )	
所属(保育園・幼稚園・学校・通所施設等):		

1. 今日はどうされましたか？

検診して欲しい  予防して欲しい  その他( )

むし歯  痛みがある  歯並びについて

2. 通院している病院がありましたらすべてお書きください。

病院名: 科名: Dr:

病院名: 科名: Dr:

病院名: 科名: Dr:

病院名: 科名: Dr:

3. 次の病気や障害について指摘を受けたことがありますか？

呼吸器疾患  血液疾患  心疾患

脳疾患  精神疾患

血圧(高い・低い)  その他(胃腸・肝臓・腎臓等)

アレルギー [ ・アトピー ・ほこり ・ペット ・薬 ・食物( ) ]

アルコール ・ラテックス(ゴム) ・その他( ) ]

身体障害  知的障害  発達障害  その他( )

特になし

4. 障害名がわかれば、お書き下さい。

( )

5. 現在感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？

いいえ

はい B型肝炎 ・C型肝炎 ・HIV ・その他( )

6. 今までに輸血や血液製剤の使用はありますか？

いいえ

はい

7. お薬についてお答えください。

a. 現在飲んでいる薬はありますか？  いいえ  はい

薬の名前( )

b. 体に合わない薬はありますか？  いいえ  はい

薬の名前( )

c. 飲む薬の形状はどれですか？

・シロップ ・粉 ・錠剤 ・カプセル ・その他( )

★ご希望がありましたらどのようなことでも結構ですのでお書き下さい。

---



---



---

8. 歯科受診経験はありますか ない ある(ある場合は下記の問いにも回答ください)  
歯科治療経験はありますか?: ない ある  
その時に拒否がありましたか?: ない ある  
どのような様子でしたか?( )
9. てんかん発作はありますか?: ない ある ( )回 / 月or 年
10. 自傷行為はありますか?: ない ある  
他害行為はありますか?: ない ある
11. 過敏はありますか?: ない  
ある ・視覚 ・触覚 ・聴覚 ・温度覚 ・嗅覚 ・その他( )
12. コミュニケーション方法をお聞きます。  
意思の表現 表情 ナン語 単語 2語文 その他( )  
言語理解 : 問題なく可能 理解不能  
簡単な日常的な問題は可 命令禁止程度は可
13. 食事の状況をお聞きます。  
食形態: 普通食 やわらか食 ペースト食 経管栄養 その他  
介助: 全介助 部分介助 自食(不要)  
使用具: 箸 スプーン 特殊具 手づかみ  
食べ方の問題 ない  
ある :外にこぼす・噛まない・その他  
のみ込みの問題 ない  
ある ・誤嚥 ・逆嚥下 ・むせ ・嘔吐 ・その他  
食事の回数・時間: 回/日 ・ 時間 分程度  
偏食 ない  
ある ・好きな食べ物( ) ・嫌いな食べ物( )
14. 水分摂取についてお聞きます。  
使用具: コップ トレーニングコップ ストロー スプーン 哺乳瓶 経管  
水分の飲み込みの問題: ない  
ある: 誤嚥 ・逆嚥下 ・むせ ・嘔吐 ・その他 ( )  
よく飲む飲み物は?: お茶 水 牛乳 その他 ( )
15. 口腔ケア(はみがき)についてお聞きます。  
歯磨き: 全介助 部分介助 自立  
使用具: 歯ブラシ(手用・電動) デンタルフロス ガーゼ 歯間ブラシ  
うがい: できない 未経験  
できる ・ 口に含み吐き出す程度 ・ 飲み込む ・ 吐き出せない
16. センター内発達外来受診: ない ある 担当医:
17. センター内リハビリ: ない ある  
OT( ) PT( ) ST( ) 回 / 月

ご協力ありがとうございました。