受診申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　記入

|  |
| --- |
| ふりがな  お 名 前　　　　　　　　　　　　　　（愛称・ニックネーム）　　　　（男・女）  身長　　　　　　cm 　 体重　　　　　kg　　　　　　車いすの使用(あり・なし) |
| 生年月日　　（昭和・平成・令和）　　年　　月　　日　　歳（　　ヶ月：3歳以下の場合）  住所　　〒 |
| 職業　　　　　　　　　　　　　　　施設・学校名 |
| 緊急連絡先　(携帯)　　　　　　　　　(自宅) |

1. 受診申込書の記入者名　　　　　　　　　　　　　　（本人・付添者（続柄　　　　））
2. どうされましたか？　(複数回答可)

・歯が痛い ・むし歯の治療をしたい　・歯ぐきの腫れ、口臭が気になる

・歯石をとったり歯周病の治療がしたい　・噛めないので噛めるようになりたい

・口腔衛生指導を受けたい　・定期的な歯科健診を希望

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. かかりつけの医療機関を教えてください。

（　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　科）　（　　　　　　先生）

1. 今まで歯科治療を受けたことがありますか?

・なかった　その理由を教えてください。(困らなかった、本人が治療を拒否した、など)

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・ある　受診した歯科医療機関(　　　　　　　　　　　　　)

　　どのような様子でしたか?

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

1. どのような障害・疾患をおもちですか？

次ページの該当番号の記載をお願いいたします。

⑧，⑨、⑩-10（次頁の番号）の場合は下に記載してください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. コミュニケーション方法を教えて下さい。　（～が好き、～は苦手など）

**このページのみ送信してください。**

**【このページは送信不要です】**

前頁の⑤次のどのような障がい・疾患をおもちですか？に関する選択肢です。

下記の番号から選択して受診申込書の**□**欄に『番号』を記載してください。

|  |
| --- |
| 1. 知的能力障害　　　①-1軽度　　　　　①-2中度　　　　　①-3重度 2. -1自閉スペクトラム症　　　　　　②-2アスペルガー症候群 3. -1注意欠如/多動症　　　③-2学習障害 4. 脳性まひ 5. ダウン症候群 6. 高次脳機能障害　⑥-1脳卒中（脳出血・脳梗塞・くも膜下出血）　⑥-2脳外傷 7. 認知症　　（アルツハイマー型・血管性・レビー小体型・前頭側頭葉変性症） 8. 指定難病　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 9. その他　　（歯科恐怖症など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 10. 内科的疾患　⑩-1心臓病　⑩-2糖尿病　⑩-3てんかん　⑩-4肝臓病　⑩-5肝炎（A・B・C）　⑩-6ひきつけ/けいれん　⑩-7腎臓病　⑩-8 HIV/AIDS　⑩-9ぜんそく　⑩-10 アレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**送信先について**

**メールでの送信先　受診申込書1頁目を** [**weboosaki@sage.ocn.ne.jp**](mailto:weboosaki@sage.ocn.ne.jp) **に送信**

**FAXでの送信先　　　　プリントアウトして　FAX　0229-91-0306 に送信**