

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 (_____)
- ③ かかりつけの医療機関を教えてください。
- (_____) (_____ 科) (_____ 先生)
- ④ 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？
(_____)
- ⑤ 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。
- (_____)
- ⑥ 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 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