

問 診 票

名 前	(愛称	) 生年月日	記入日	年	月	日
住 所	〒	電話番号				

1-1. どのようなことで来院されましたか？

1-2. どのような治療を希望していますか？

1-3. 歯の治療を今まで受けたことがありますか？

はい(1-4 へ) ・ いいえ(1-5 へ)

1-4. 歯の治療の時に体調が悪くなったことがありますか？

はい(その内容:)

いいえ

1-5. 歯科治療に対する不安はどの程度ですか？ 大 ・ 中 ・ 小

1-6. 本人による普段の歯磨きはいつ行いますか？すべて選択してください。

(朝食前 朝食後 昼食後 夕食後 寝る前 その他:)

1-7. 仕上げ磨きは行っていますか？ はい(1-8 へ) ・ いいえ(1-9 へ)

1-8. 仕上げ磨きは誰が行っていますか？

(父 母 祖父 祖母 施設職員 ヘルパー その他:)

1-9. うがいはできますか？ はい ・ いいえ

2-1. 身長・体重をお知らせください。身長 cm、 体重 kg

2-2. アレルギーはありますか？

はい(具体的に)

いいえ

2-3. 障がい名を教えてください(該当するものすべて)

・知的能力障害 ・自閉スペクトラム症 ・脳性麻痺 ・てんかん

・その他()

裏もあります

2-4. 他に生活習慣病などのご病気はありますか？

ある(具体的に)
ない

2-5. B型肝炎やHIVなどの感染症はありますか？

ない・ある(B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・その他:)

2-6. 現在飲んでいるお薬はありますか？

ある()
ない

2-7. 飲むことができる薬の剤型を教えてください(該当するものすべて)。

錠剤 ・ カプセル ・ 粉薬 ・ シロップ ・ その他()

2-8. 飲み物を飲んだ時によくむせますか？

はい ・ いいえ

2-9. 吐き気は強いほうですか？

はい ・ いいえ

3-1. 患者さん本人が嫌がることや苦手なことをお知らせください。

3-2. 患者さん本人へ何かを伝えるとき、どのようにしていますか？

3-3. 患者さん本人から何かを伝えたいとき、どのようにしていますか？

3-4. 普段、コミュニケーションのために工夫していることがあればお知らせください。

3-5. 患者さん本人が好きなもの、好きなことをお知らせください。

3-6. 大規模災害時の避難所はどちらですか？

3-7. その他診察に際して伝えたいことがあればご記載ください？

最後に記載してくださった方のお名前と患者さんとのご関係を教えてください

お名前

ご関係
