

# 巡回歯科診療申込書

令和 年 月 日

長崎県口腔保健センター様

※受診希望地 \_\_\_\_\_ ※受診希望時間 \_\_\_\_\_

申込者氏名 (代筆の場合は、氏名・連絡先・受診者との関係) ..... 続柄	
電話番号	携帯番号
受診者との関係	

ふりがな		愛称	
受診者名			
生年月日	昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女
学校 施設名	(通学・寮)(入所・通所)		
現住所	〒 -	TEL	
		携帯番号	
保護者氏名		患者との関係	
付添い者	家族・ヘルパー・その他 ( )		
障害者(身体・療育・精神)手帳と等級 1.あり( )種( )級 A1・A2・B1・B2 2.なし			

# 長崎県口腔保健センター 歯科診療所

◎下記の質問に該当するものに○またはご記入ください。

※調査票は、治療上の参考にするもので絶対に他へは漏らしませんので、ありのままをご記入ください。

1. どのようにして歯科巡回診療を知りましたか？

- ① 知人の紹介    ② 開業医の紹介    ③ 学校・施設の紹介    ④ 病院の紹介  
 ⑤ ハートセンターの紹介    ⑥ 保健所・役所の紹介    ⑦ 報道機関  
 ⑧ その他 \_\_\_\_\_

2. 障害名はなんですか？（複数回答可）

1	肢体不自由	(1)脳卒中 (2)脳性まひ (3)事故 (4)リウマチ (5)その他 _____
2	視覚障害	(1)先天性異常 (2)強度の弱視 (3)その他 _____
3	聴覚障害	(1)先天性異常 (2)メニエール症候群 (3)その他 _____
4	音声言語機能障害	(1)脳性まひ (2)自閉症 (3)唇顎口蓋裂 (4)脳卒中 (5)その他 _____
5	固定臓器障害	(1)心奇形 (2)ぜんそく (3)ネフローゼ (4)血液疾患 (5)内分泌代謝疾患 (6)その他 _____
6	平衡機能障害	(1)てんかん (2)脳卒中 (3)メニエール症候群 (4)先天性脳障害 (5)その他 _____
7	精神機能障害	(1)精神発達遅滞 (2)染色体異常(ダウン症など) (3)先天性異常 (4)その他 _____
8	痙攣性疾患	(1)てんかん(2)脳卒中 (3)脳外傷後遺症 (4)その他 _____
9	情緒障害	(1)自閉症 (2)精神病 (3)心身症 (4)神経症 (5)その他 _____



8. 医師から歯科治療に際して、注意するように言われたお薬がありますか？

①はい ②いいえ

・薬の名前 \_\_\_\_\_

9. その他

1	ADL(日常生活動作)	①完全自立	②部分介助	③全面介助
2	言語理解について	①よく分かる	②少しわかる	③全くわからない
3	話すことについて	①よくできる	②すこしできる	③全くできない
4	嫌な姿勢について	①ある		②ない
5	一人で食事ができる	①はい	②一部介助	③全介助
6	食事の内容について	①普通食	②柔らかいもの	③流動食 ④その他 _____
7	偏食について	①ある		②ない 好きな食べ物 _____ 嫌いな食べ物 _____
8	癖について	①ある		②ない 1) つめをかむ 2) くちびるをかむ 3) 歯ぎしり 4) くちびるを吸う 5) 指しゃぶり 6) その他
9	口を開けにくい	①はい		②いいえ
10	手や腕を動かすことが不自由	①はい (麻痺・緊張) 1) 左 2) 右 3) 両方		②いいえ
11	足を動かすことが不自由	①はい (麻痺・緊張) 1) 左 2) 右 3) 両方		②いいえ
13	歩くのが不自由	①はい 1) 車椅子を利用 2) 杖等を利用 3) 一人で歩けるが介助者が必要		②いいえ
14	頭や身体を振ったりする	①はい		②いいえ
15	チアノーゼを時々起こす	①はい		②いいえ
16	音に対して非常に敏感	①はい		②いいえ
17	落ち着きなく動き回ることが多い	①はい		②いいえ
18	自傷行為がある	①はい		②いいえ
19	散髪	①可能	②可能な時もある	③不可能

ありがとうございました。