

健康調査票

当センターでは、安全な歯科治療を行うための参考として、以下の質問への回答をお願いしています。
なお、個人情報厳重に管理いたします。

記入日 平成____年__月__日

患者氏名：_____性別：男・女 生年月日：昭・平____年__月__日（__歳__ヵ月）

1 疾患名等を記入して下さい

疾患・障害名：_____

手帳の種類	身体障害者手帳	: 1級 2級 3級 4級 5級 6級
	療育手帳	: 1度 2度 3度 4度 (他県の方: _____)
	精神障害者保健福祉手帳	: 1級 2級 3級
	手帳なし・申請中	

2 現在、問題になっていることは何ですか

- ・むし歯 ・歯肉炎 ・歯周病 ・歯並びの異常 ・かみ合わせの異常
- ・物がうまく食べられない ・言葉がうまく話せない ・その他_____

○いつ頃からですか（・_____日前 ・_____週間前 ・_____ヵ月前 ・_____年前）

○現在はどうですか（・痛みがある ・腫れている ・気になる ・その他_____）

3 今までに歯科治療を受けたことがありますか

○一番最近はいつ頃ですか（_____年_____月頃）

○どこで受けましたか（・開業医・地区のセンター・病院・訪問診療）

○どのような治療でしたか（・診査のみ・歯磨き指導・クリーニング・むし歯の治療・歯周病の治療
・歯を抜いた・入れ歯・その他_____）

○治療中の状況はどうでしたか

- ・問題なかった
- ・問題があった（具体的にお書きください）_____

4 既往症などについて

○入院または手術をしたことがありますか はい・いいえ

○血が止まりにくかったことがありますか はい・いいえ

○現在、飲んでいる薬はありますか はい・いいえ

薬の名前を書いて下さい（_____）

○薬や食べ物でアレルギーはありますか はい・いいえ

○胸が痛くなることがありますか はい・いいえ

○めまいや立ちくらみを起こすことがありますか はい・いいえ

○てんかん発作を起こしたことがありますか はい・いいえ

○かかりつけ医はありますか

主治医名：_____病院_____科_____先生

電話：_____（_____）_____

5 次の病気にかかったことがありますか

- ・先天性心疾患 ・高血圧症 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・不整脈 ・心筋症 ・リウマチ
- ・喘息 ・肝臓病 ・肝炎 ・腎臓病 ・糖尿病 ・甲状腺機能異常 ・血液疾患
- ・脳出血や脳梗塞 ・パーキンソン病 ・骨粗鬆症

○その他、今までにかかった病気がある場合はお書きください (.....)

6 障害について(コミュニケーションについて)

○どのような障害がありますか

- ・理解力 ・発音能力 ・運動機能 ・視覚 ・聴覚 ・その他 (.....)

○理解の程度について

- ・ほとんど認められない ・的確でない反応あり ・どうにか指示に応じた反応が可能
- ・指示理解は可能だが多少問題あり ・指示は良く聞く

○表現方法について

- ・まったく発音なし ・発声のみ ・単語のみ ・二、三語文 ・発音が不明瞭
- ・ほとんど問題なし

○日常よく使うコミュニケーション方法について

- ・絵カード等の媒体 ・マカトン等のサイン ・手話 ・筆談 ・その他(.....)

○日常生活で問題となることはありますか

- ・歯磨き ・爪きり ・耳かき ・散髪 ・食事 ・睡眠
- ・ほとんど問題なし ・その他 (.....)

7 当センターをどのように知りましたか

- ・医科または歯科からの紹介 ・知人からの紹介 ・ホームページ
- ・その他の広報 (.....)

8 当センターでは摂食嚥下機能療法や言語療法も行っています

○興味はありますか

- ・摂食嚥下機能療法 ・あり ・なし
- ・言語療法 ・あり ・なし

○受診を希望しますか (将来的に考えている場合も希望するを○で囲んでください)

- ・摂食嚥下機能療法 ・希望する ・しない
- ・言語療法 ・希望する ・しない

9 当センターでの歯科診療において特に希望することがあれば、ご記入ください

.....

.....

.....

記入者のお名前： 患者さんとの関係：