

## 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 .....年 月 日

患者氏名： ..... 性別：男・女 生年月日： .....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 日常生活の様子について

○どのような障害がありますか

- ・視覚 ・聴覚 ・運動機能 ・認知機能 ・発音 ・その他 (.....)

○言語理解について

- ・単語がわかる ・日常の簡単な指示がわかる ・経験があると指示がわかる
- ・とくに問題なし

○言語表出について (不明瞭でも)

- ・発声なし ・発声のみ ・単語 ・2語文 ・3語文 ・ほとんど問題なし

○発話以外のコミュニケーション方法の使用はありますか

- ・自発的な表現はない ・指さし ・絵カード ・ジェスチャー (首振り、頷きを含む)
- ・手話やマカトンなどのサイン ・筆談 ・その他 (.....)

○そのほか、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も行っています。

- ・食事場面でのお悩み なし ・あり (具体的に.....)

・摂食嚥下機能療法の受診を希望されますか はい ・ いいえ

## 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： .....