

<問診表>

記入年月日 _____

記入者（続柄） _____ TEL _____

緊急連絡先 _____

この調査票は治療の参考にするもので他の目的で使用するものではありません。できる限り詳しくお書き下さい。該当するものに○、空欄には記載してください。不明な点はスタッフにお尋ね下さい。

フリガナ

1. 患者氏名： _____ 生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 才）

通院時間は {約10分・20分・30分・40分・60分・60分以上}

利用交通機関は {徒歩・自転車・自家用車・バス・地下鉄・名鉄・タクシー・他 _____}

主に付き添う方は {父・母・兄弟・祖父母・配偶者・ヘルパー・他 _____}

通院の方法は {歩行・杖・抱く（背負う）・車椅子・バギー・他 _____}

同居家族は {父・母・兄弟（ _____ ）・祖父・祖母・配偶者・他 _____}

センターを知ったのは {開業医の紹介・知人・報道機関・学校・相談機関・他 _____}

2. 障がい名は何ですか _____（手帳：身障 _____ 級・愛護 _____ 度）

それはいつ頃からですか _____ 才頃から

発作があれば頻度を記入してください _____ 回/1日・ _____ 回/2～3日・ _____ 回/週

3. 次の病気がありますか

糖尿・低、高血圧・肝炎・心臓病・ぜんそく・結核・腎臓病・他 _____

{現在ある ・ ない ・ 以前あった _____ 才頃}

4. 特異体質（アレルギー） 薬（ _____ ）・食物（ _____ ）・他（ _____ ）・ない

5. 継続して飲んでいる薬 {ある ・ ない}

何の薬ですか（抗てんかん剤・ステロイド剤・血圧を下げる薬・精神安定剤・他 _____）

6. かかりつけの病院 {ある ・ ない}

病院名 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生

・ 定期（診察・訓練・投薬・他 _____）週 _____ 回・月 _____ 回 ・ 不定期

7. これまで歯科を受診したことは {ある（約 _____ 年 _____ カ月前） ・ ない}

どこで受けましたか {歯科医院・小児歯科・センター・コロニー・総合病院・大学}

何をしましたか {治療をした・薬を塗った・健診のみ・相談のみ・他 _____}

その時の様子は {うまくできた・いやがった・非常にいやがった}

8. 歯の治療中に変わったことは {あった（約 _____ 年前） ・ ない}

それはどのような状態でしたか（ _____ ）

運動	姿勢保持	座ることができない	支えがあれば座れる	支えがなくても一人で座れる	つかまり立ちができる	ひとり立ちができる
	移動	寝たきり寝返り (可・不可)	はうことができる	つたい歩きができる	一人で歩くが走れない	一人で歩け、走れる
	手の運動	両手とも非常に不自由で物が握れない	片手は非常に不自由だが、一方は握れる	両手ともやや不自由だが物は握れる	特に障害はないが細かいことはできない	手は思うように使える
身辺処理	排泄	おむつ使用 (有・無)	尿意 (有・無)	便意 (有・無)	尿の後始末 (可・不可)	便の後始末 (可・不可)
	着脱衣	全くできない	簡単なものは自分で脱げる	少し手伝ってやればできる	一人で着れるが後の点検が必要	着脱とも一人でできる
	洗面	全くできない	掌を顔に持っていきが、こすれない	部分的に洗える	ほぼ一人で洗えるが拭けない	一人で洗って拭ける
言葉	表出	泣き声、赤ちゃん言葉のみ	片言で単語が言える	いくつかの単語が言える	二語分が言える	ほぼ、日常会話ができる
	理解	相手の言葉や表情を全く理解できない	単語と身振りから相手の意図を理解できる	尋ねられた者を指差す事ができる	支持された物をとってくる事ができる	ほぼ、日常会話ができる
生活	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団生活可能 ・ 家族以外にもなじみ易い ・ 家族以外にはなじまない 					
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 好きな番組：マンガ、幼児向け番組、歌、ニュース、天気予報、スポーツ、CM、他（ ） ・ 好きな音楽：テレビマンガ主題歌、テレビ子供向け曲、歌謡曲、童謡、演歌、クラシック ・ 好きな遊び・趣味（ ） 					
	・ コミュニケーションの方法					
行動特性	人を叩く、つねる。人にものを投げる。人にかみつく。		異食をする。過食をする。睡眠が浅い。大便をもらす。昼夜逆転。			
	対物他害 器物を壊す。紙を破る。衣服を破る。		感情変易 急に泣き、奇声をあげる。突然に興奮する。			
	多動 落ち着きがなく動き回る。放浪性がある。		自閉傾向 他人との相互交渉がない。一カ所にじっとしている。			
	自傷 頭をぶつける。爪かみ。自分自身をたたく、かむ。		一つのこと執着する。 こだわりの内容（ ）			

食事	状態は	経管栄養	流動食	柔らかいもの	細かくして	普通の食事
	かむことは	全くできない	舌でつぶす	少しかみ丸のみ	かむが短い	普通にかむ
	むせること	ひんぱん	食事中に数回	時々	ほとんどない	
	もどすこと	ひんぱん	食事中に数回	時々	ほとんどない	
	介助	全面介助	手づかみで食べようとする	スプーンを使う	箸を使うがよくこぼす	箸を普通に使う
	時間	決めている 朝____時頃 昼____時頃 夜____時頃		夜中____時頃		
		決めていない 1日____回		1回の所要時間____分		
	姿勢	寝かせて	少し起こして	抱きかかえて	座らせて	椅子に腰かけて
偏食	ある 好きなもの_____嫌いなもの_____					ない
おやつ	1. 時間を決めて 果物・乳製品・パン・飲料水_____・菓子_____					2. 欲しがる時に 3. 与えない
	その他_____					
歯みがき	歯みがき	全く磨けない	歯ブラシを口に 入れるのみ	一人で磨くが不 十分	一人で満足でき る程度に磨ける	
	いつ磨きますか	時々 週(回)	1日1回 ()	1日2回 ()	1日3回 ()	食べた後必ず磨く
	介助の状態	全面介助	半介助	本人のみ		
	介助の協力	ひどく嫌がりできない	抵抗強いが何とかやらせる	介助を嫌い自分でやろうとする	特定の場所を磨くのに抵抗する	抵抗なくやらせる
	介助する人	母親	父親	母と父二人	兄弟	他()
	どんな風に	寝かせて	抱いて	座って向き合い	座って後ろから	立って向き合い
	どこで	洗面所	風呂	居間	その他()	
	うがい	飲んでしまう	すぐ吐き出す	少し含んで出す	ガラガラできる	ブクブクできる
歯みがきの時に困ったことはありますか ある ・ ない						

歯みがき指導を受けたことがありますか ある ・ ない						

歯みがき指導を希望しますか する ・ しない						
