予診票

この予診票は、受診をスムーズに行うためのものです。
わかる範囲でかまいませんので、できるだけ具体的に記入してください。

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　月　日

日常生活について

1. 日常生活で問題になることは何ですか

①爪きり ②歯磨き ③洗髪 ④散髪 ⑤食事 ⑥排尿・排便 ⑦移動 ⑧着替え

⑨その他（　　） ⑩ほとんどない

→問題がある場合は、どのように対処していますか

① 強制的にやる ② だましだましやる ③ 介助する ④ その他（　　）

2. ご本人が嫌がること、苦手なこと、怖がることなどに○をつけてください。

初めての （こと ・ 場所 ・ 人 ）・人が多いところ ・ 暗いところ ・ 狭いところ・理髪店・美容室

触られること （ 体 ・ 頭 ・ 耳 ・ 口 ・ 喉 ・ 舌圧子 ）・口を開けること ・ 口に触られること

白衣・注射・待つこと ・ じっとしていること・ベッドに寝ること ・ 仰向けになること

大きな声 ・ 小さい子どもの泣き声 ・ たくさん話しかけられること ・NG ワード（　　）

音 （大きな機械音 ・ 掃除機の吸引音）・味・匂い

その他（　　）

3. ご本人にどのように伝えたらわかりやすいですか？

見せる（ 実物 ・ 写真 ・ 絵 ・ 文字 ・ やって見せる ）・指差し・日常よく使う短い言葉で伝える

少し長い文でも理解できる・その他（　　）

4. ご本人は、他の人に自分の意思や状態をどのような方法で伝えることができますか？

話しことばで自由に伝えられる・ことばを話すが伝えられることは限られている・身振り・文字・カード（絵 ・ 写真）

実物を示す・手を引っ張る・VOCA（種類:　　）・その他（　　）

5. ご本人が理解できる時間の示し方に○をつけてください。

時計（アナログ ・ デジタル） ・ キッチンタイマー

数を数える:（　　）くらいわかる ・ その他（　　）

6. ご本人が飲むことのできる薬の剤型は？

錠剤 ・ カプセル ・ 粉薬 ・ シロップ

※飲ませ方の工夫及び注意することがありましたらお書きください。

（　　）

7. 普段、見通しやコミュニケーションのために工夫していることがありましたらお書きください。

（　　）

8. ご本人が好きなもの・ことをお書きください。（おもちゃ・キャラクター・食べ物・趣味など何でもかまいません）

（　　）

9. 「ごほうび」・「暇つぶし」・「気持ちの切り替え」として使えそうなことがあればお書きください。

（　　）

10. 受診にあたって心配なこと、伝えて起きたいことがあればお書きください。

（　　）

裏面へつづく

口腔衛生について

1．ご本人の歯磨き習慣は（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）でしている

2．使用歯ブラシ

（商品名　　）（補助清掃用具　歯間ブラシ ・ 糸ようじ ・　　）

3．歯磨き剤の使用 （なし･あり）

4．ご本人または介助者が歯磨きをするときの該当箇所に〇印を記入してください。

本人							
時間帯	起床時	朝食前	朝食後	昼食後	間食後	夕食後	就寝前
介助者							

5．ご本人の歯磨き時の姿勢

（ 立位 ・ 座位 ･あおむけ ・ 横向き ･床 ・ 椅子 ・ 車椅子 ・ ベッド上 ・ その他＿＿＿＿＿＿＿＿）

6．歯磨きの時間 は （＿＿＿分ぐらい）

7．歯磨きの順序は　決まっていない ・ 決まっている(　　)

8．どこで磨いていますか？ （洗面所 ・ 居間 ・ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

9．介助者磨きは　なし ・ ある （磨く人　　)(内容　　）

（1）姿勢は （ 立位 ・ 座位 ・ 椅子 ・ 床 ） （ 前から ・ 後ろから ）

（2）歯磨きの時間 （ ＿＿＿＿分ぐらい）

（3）歯磨きの順序　決まっていない･決まっている(　　)

（4）どこで磨くか（　　）

（5）対応の仕方

（ 黙って･褒めながら･叱りながら･騙し騙し･数を数えながら･歌を歌いながら･その他　　）

（6）本人の様子

協力的である

協力が得にくい（口を開けない･口唇に力が入る･噛み締める･歯ブラシを咬む･嘔吐反射･

舌を突き出す･その他＿＿＿＿＿＿＿＿）

横浜市歯科保健医療センター

予診アンケート

ＩＤ

この用紙は、当センターであなたのお口の健康保持のためにお聞きしたい事項が記載してあります。できるだけ正確に記載されますようお願いいたします。なおこの情報はセンターの診療にかかわることにのみ使用いたします。

２０　年　月　日

ふりがな 患者氏名	愛称(　　)	生年月日　M･T･S･H･R　年 西暦　年　月　日生(　歳)	男 女
住　所	〒　－　自宅 ・ 入所施設	電話番号　(　)	
保護者名 (介護者名)	続柄(　　)	緊急連絡先携帯 ・電話など	
手帳の有無	あり ・ なし 身体障害者手帳 (1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・5級 ・ 6級 ・ 7級) 療育手帳 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2) 精神障害者手帳(1級 ・ 2級 ・ 3級) 介護保険認定 (要支援・1・2　要介護・1・2・3・4・5・認定中)		
疾　患	1. 発達遅滞　2. 自閉症　3. てんかん　4. 脳障害後遺症　5. ダウン症　6. 脳性麻痺　7. 視覚･聴覚･言語不自由　8. 脊髄疾患　9. 神経･筋疾患(　　) 10. 認知症　11. その他＿＿＿＿		
紹介者	1. 開業歯科医 (診療所名:　　) 2. 行政関係(具体的に:　　) 3. センター通院患者(氏名:　　) 4. 施設など(具体的に:　　) 5. 媒体を見て (媒体名:　　) 6. その他(　　)		
社会生活	学校 ・ 施設(通所 ・ 入所) : 学校･施設･会社名＿＿＿＿＿＿ ・ その他 ＿＿＿＿ 変更後 : ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
通院手段	徒歩 ・ 自家用車 ・ 施設の車 ･タクシー ・ バス･電車 ・ その他＿＿＿＿＿ (通院時間:　分)		
変更点･特記事項 (スタッフ記載欄)			

キーパーソンの把握のために家族歴および家族構成について教えてください(同居者も含めてお書きください)

	氏名	年齢	職業	同居の有無	健康状態
配偶者					
父					
母					
兄弟･姉妹					
子					
その他					

※主に生活支援(介助)を行っている方はどなたですか

･家族(　　)･施設職員(　　) ･ヘルパー(　　) ･その他

裏面へ

(1)　お口に関して

(1)　現在問題になっていることは何ですか

① ムシ歯 ② 歯ぐきから血が出る ③ 入れ歯が痛い ④ クリーニング・定期検診 ⑤ 歯が折れた・かけた

⑥ 乳歯が抜けない(歯並び・生え変わり) ⑤その他 (　　)

(2)　これまで歯科にかかったことがありますか

1. ①ない　②ある (いつ頃ですか＿＿＿＿＿＿どこの歯科医院・病院ですか＿＿＿＿＿＿＿＿)

2. 治療中、治療後に異常なことはありましたか

①なかった ②気分が悪くなった ③けいれん発作が起きた ④血が止まりにくかった

⑤その他(　　)

3. 診療室に入る時や治療中はどのような様子でしたか(複数回答可)

①問題なかった ②診療室に入れなかった ③治療ができなかった ④泣き暴れた ⑤その他 (　　)

(3)　全身的な病気で手術を受けたことがありますか　① ない　② ある　(　　)

(4)　現在、治療されている病気はありますか　① ない　② ある　(　　)

(5)　現在、常用している薬はありますか　① ない　② ある　(　　)

(6)　アレルギーはありますか　①ない　② ある　(　　)

(7)　てんかん発作のある方にお伺いします。 診察中に発作が出た場合の対処法やご要望ありましたらお書きください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(8)　身長 ＿＿＿＿cm　体重 ＿＿＿＿kg

(9)　治療が終わったら ① 継続してセンターに通院したい ② 紹介元の医院に戻りたい ③ 近医に通院したい

(10)　当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか？

はい　・　いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。
◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)　加算 1：3 点　加算 2：1 点(マイナ保険証を利用した場合)

資料開示に関する同意書

横浜市歯科医療センターでは、すべての診療において記録として、写真や、動画での撮影を行うことがあります。
また、当センターは研修機関としての役割を担っているため、時期によって学生実習や歯科医師、歯科衛生士等の
見学者を受け入れております。そのため、研修会や学生実習、学会発表等、医療者同士が経験を共有する目的のために、
治療経過や検査データといった診療情報や、画像データ等を匿名で使用・公開させていただくことがございます。
なお、個人が特定されないよう十分に配慮いたします。
通院されている患者様には、ご理解とご了承下さいますようお願いいたします。

上記の内容について　□ 同意します。　□ 同意しません。

20　年　月　日　記入者名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者さんとの続柄 ：＿＿＿＿＿＿

治療時における身体抑制に関する同意書

診療に協力が得られない患者さんについてはトレーニングを行い、できる限り診療に協力を得られるよう配慮
いたしますが、緊急時など止むを得ず、安全上抑制下(タオルや抑制帯を用いる)での診療を行うこともあります。
その際、心理的ストレスや身体抑制時に擦過傷が生じる可能性もあります。

上記の内容について　□ 同意します。　□ 同意しません。

20　年　月　日　記入者名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者さんとの続柄 ：＿＿＿＿＿＿

横浜市歯科保健医療センター