

問 診 票（新患用）

ふりがな		男 ・ 女	愛称・呼び名		
患者氏名					
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	身長	cm	体重	kg
同居している家族構成・・・計（ ）人					
父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他（ ）					

☆以下の質問について該当する項目に○印をつけてください。

【 口の中に関することについて 】

- ・検診をして欲しい。 ・歯科検診で治療をすすめられた。 ・むし歯がある。
- ・痛みがある。（いつ頃からですか ）
 どんな様子ですか。
- ・痛いと訴える。 ・気にして指などを口に入れ触る。
- ・最近、食べ物を食べたがらない。 ・嚙む回数が以前より減った。
- ・丸飲みになってきた。 ・不機嫌なことが多い。
- ・歯肉が気になる。（・腫れている・血が出る・痛みがある ）
- ・その他（ ）
- 一番気になるところはどこですか（ ）

【 体に関することについて 】

1. 主障害・疾病名を記入してください。（ ）

随伴する障害・疾病名に○印をつけてください。

- ・精神発達の遅滞 ・情緒障害（自閉症・自閉傾向を含む） ・てんかん ・肢体不自由
- ・その他（ ）

2. 現在、医師の治療を受けていますか。 いいえ・ は い

病名を記入してください。（ ）

通院の頻度はどのくらいですか。（ ） 常用薬はありますか。 いいえ・ は い

医師から注意されていることはありますか。 いいえ・ は い

（ ）

3. 過去に、入院や手術のほか継続的な治療を受けましたか。 いいえ・はい
- いつ頃ですか（ ）
- その後の経過は（ 完 治・定期検診・症状が出たときのみ受診・他 ）
4. 今までに、薬や注射、食べ物等でアレルギーが出たことはありますか。 いいえ・はい
- 薬品名・食品名等（ ）
- どんな症状でしたか。（かゆみ・発疹・喉の違和感・悪心・嘔吐・他 ）
- 同居されているご家族（血縁者）の中にアレルギーのある方はいますか。 いいえ・はい
- 具体的に（だれが？ 何の？ ）
5. けがや切り傷で血が止まりにくかったことはありますか。 いいえ・はい
6. 飲むお薬の形は、（ カプセル ・ 錠 剤 ・ 粉 末 ・ シロップ ）

【 生活の様子について 】

1. 歩行は自力で可能ですか。 はい・いいえ
- いいえの方へ
- ・補助器具や介助により歩行可能 ・車いす使用 （ 自力 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）
2. 食事について
- 形状は （ 普通食 ・ きざみ食 ・ 離乳食のような軟食 ・ 流動食 ・ 胃ろう ）
- 食べ方 （ ひとりで可能 ・ 部分的に介助 ・ 全面介助 ）
- 噛み方 （ よく噛む ・ 数回噛んだら飲み込む ・ ほとんど噛まない ・ 丸飲み ）
3. 排泄について
- ・ひとりで可能 ・ 部分的に介助 ・ 全面介助 ・ オムツの使用 （ 無 ・ 有 ）
4. 散髪について
- ・お店でやらせてくれる。 最後まで ・ 少しの間（ 分くらい）
- ・自宅でやらせてくれる。 最後まで ・ 少しの間（ 分くらい）
- ・無理やり抑えつける。
- ・作業所や施設でやってもらっている。

- ・初めてのこと、場所、人
- ・白衣（病院）
- ・待つこと
- ・じっとしていること
- ・触れられること（体・頭・顔・口）
- ・小さい子供の泣き声
- ・大きな声や音
- ・たくさん話しかけられること
- ・ベッドに寝ること
- ・仰向けになること
- ・先の尖ったもの
- ・その他（ ）

・ 見せる（実物・写真や絵） ・ やってみせる ・ 指さし ・ 文字を書いて見せる
・ 短い言葉や単語で伝える ・ 長い文でも理解できる ・ 数をかぞえる

- ・話ことばで自由に伝えられる
- ・単語や意図した身ぶりで伝える
- ・発語がない
- ・その他（
- ・言葉は話すに限られている
- ・意味のわからない言葉や身ぶりで表現する
- ・表現手段がない

聴診器を当てる（ ） 喉を診る（ ） 予防接種や採血（ ） 点滴（ ）
耳や鼻の診察（ ） レントゲン（ ） 傷の縫合（ ）

- ・通常での診療
- ・人（スタッフや保護者）が抑える
- ・ネットをかけて体を固定する器具を使用
- ・リラックスさせる薬を点滴しながら（静脈内鎮静法）
- ・全身麻酔にて診療（日帰り・入院）
- ・その他（ ）

2. 以前の歯科診療で、できたこと・できなかったことについて記入してください。

上手にできた (◎) 抑えてなんとか出来た (○) できなかった (×)

診療室に入る () 診療台に座る () 口をあけて見せる ()

診査器具を口に入れる() 歯に薬を塗る () 歯のレントゲンを撮る()

歯を削る () 歯に麻酔をする () 歯の型をとる () 歯を抜く ()

歯の神経の治療 () 歯石などの汚れをとる ()

3. 診療後に、なにか気づいたことはありますか。

- ・ 特にない
- ・ 泣くのは一時的で、ストレスを引きずらない
- ・ なかなか泣き止まず、自宅でもストレスを引きずる
- ・ 自傷行為が出る
- ・ 人に向けて、八つ当たりをする
- ・ 次の受診を嫌がった
- ・ 通院が出来なくなった

【 口の中の様子について 】

1. 家族に口の中を見せてくれますか。

- ・毎日見せてくれる
- ・機嫌が良い時のみ見せてくれる
- ・全然見せてくれない
- ・無理やり見る

2. 歯みがきはいつ行いますか。 1 日 () 回 1 回 () 分くらい

- ・朝食（前・後） ・昼食後 ・夕食後 ・寝る前 ・その他（ ）

3. 菌をみがくのは誰ですか。○印をつけてください。

- ・本人 ・保護者・介護者 ・施設で管理 ・他（ ）

4. うがいにはできますか。○印をつけてください。

- ・ブクブク　・ガラガラ　・水を含んで吐き出す　・飲んでしまう　・できない

5. 毎日の歯磨きで困ることはありますか。 いいえ ・ はい

具体的に ()

【受診にあたり心配なことや伝えたいことがあれば記入してください】

--