

歯科問診票

初診日 年 月 日

この問診票は歯科治療時の参考にするものです。他の目的には使用しませんので、わかる範囲でご記入をお願いいたします。

氏名：

生年月日： 年 月 日

連絡先電話番号

学校名： (年生)

通所先：

入所先：

障がい：脳性麻痺・精神発達遅滞・自閉症・てんかん・その他 ()

内科・小児科の主治医： (先生)

今までにかかった病気：心臓疾患・糖尿病・腎臓疾患・胃腸病・肺炎・結核
肝疾患 (A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他)
アトピー性皮膚炎・喘息

薬のアレルギー：なし・あり (薬名)

全身麻酔の経験：なし・あり (手術名
(年 月 日)

歯科治療の経験：なし ・ あり (年前)

意志の伝達は可能ですか？：いいえ ・ はい

歯科治療時に身体抑制や開口器の使用が必要となる場合があります。

身体抑制：可 ・ 否

開口器の使用：可 ・ 否

食事：経口食 (普通食・キザミ食・ミキサー食)

経管栄養

胃瘻 ・ 腸瘻

水分：とろみあり ・ とろみなし

むせあり ・ 水分のみむせあり ・ むせなし

うがい： 可 ・ 不可

歯磨き： 本人のみ ・ 介助者+本人 ・ 介助者のみ

歯科治療を受ける際のご要望がありましたら、ご自由にお書きください。