《 問診票 》

記入日　　年　　月　　日

この調査票は安全な治療を行うために参考にするもので他の目的で使用することはありません。該当するものに〇、空欄にはできるだけ詳しく記載してください。

フリガナ

1. 患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢 ＿＿＿＿ 歳

主に付き添う方　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿

連絡先（　　）

2. 障害名は何ですか

（　　）

それはいつ頃からですか，　（　＿＿＿＿＿＿才頃から　、　先天性　）

発作があれば頻度と症状をご記入ください

（　　）

姿勢保持　（　座れない　、　座れるが立てない　、　独りで立てる　）

移動　（　寝たきり　、　補助があれば歩ける　、　独りで歩ける　）

行動特性　（　自傷・他傷　、　多動　、　自閉傾向　、　発達障害　）

注射　（　拒否が強く不可　、　抑えれば可　、　協力的に可　）

3. 他に病気がありますか　（　有　、　無　）

有の場合は病名をご記入ください

（　　）

4. アレルギーはありますか　（　有　、　無　）

有の場合はアレルギーの詳細をご記入ください

（　　）

5. 継続して飲んでいる薬はありますか　（　有　、　無　）

有の場合は薬剤名をご記入ください

（　　）

6. かかりつけの病院はありますか　（　有　、　無　）

有の場合は病院名をご記入ください

病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

7. これまでに歯科を受診したことはありますか　（　有　、　無　）

有の場合は歯科医院をご記入ください

歯科医院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どんな治療をしましたか ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その時の様子（　上手くできた　、　嫌がった　、　非常に嫌がった　）

歯科治療中に変わった事はありましたか　（　有　、　無　）

有の場合はどのような症状でしたか

（　　）