

健 康 調 査 票

江戸川区口腔保健センターで受診を希望される皆様へ

江戸川区口腔保健センター
にこここ歯科診療所

この健康調査表は皆様に歯科治療を安全に行うために必要なものです。
 下記項目、該当するものには○、空欄には記入して、初診時にお持ちください。
 (わかる範囲で結構です)

受診を希望される方のお名前：.....愛称：.....

性別：男・女 明・大・昭・平.....年.....月.....日生.....歳

住所 〒.....電話.....

在学校、施設名.....所在地.....

当センターまでの所要時間.....時間.....分くらい 利用交通機関.....

以下保護者(介護者)のお名前.....本人との続柄(.....)

勤務先及び住所.....電話.....

緊急連絡先.....電話.....

障害手帳はお持ちですか？：無・有

1, 今回受診を希望される理由は？

・歯が痛む、歯がしみる・入れ歯の調子が悪い・歯の検査・その他

具体的には.....

2, 現在のお体の状態についてお聞きます。

身長は？：.....c m 体重は？：.....k g 体温(平常時)は？：.....度

血圧は？(平常時)：上.....～ 下.....

1) 今現在、何か病気にかかっていますか？

はい・いいえ

はいと答えた方は以下の欄にご記入ください。(わかる範囲で結構です)
複数の場合は全てご記入ください。

現在の病名 :

通院中の病院名 :

診療科目 (内科等) :

担当の先生のお名前 :

病院の住所 :

病院の電話番号 :

2) お薬についてお聞きします

今現在毎日飲んでいるお薬はありますか？

有・無

そのお薬の名前は?

薬による体調不調の経験はございますか？ (副作用含む) : 有・無

そのときのお薬の名前は?

お薬はどんなものが飲めますか？ 錠剤・カプセル・粉薬・水薬・何でも

3, 過去の病気についてお聞きします

1) 過去に大きな病気にかかったことはありますか？

はい・いいえ

該当するものがあれば以下の欄に○をつけてください。

①呼吸器の病気 : 肺炎・気管支喘息・肺結核・副鼻腔炎・その他

②循環器の病気 : 狭心症・心筋梗塞・心不全・弁膜症・高血圧症・動脈硬化症・低血圧症・
脳血管障害・その他

③肝臓の病気 : 血清肝炎・慢性肝炎・肝硬変・その他

④腎臓の病気 : 慢性腎炎・腎盂炎・ネフローゼ・その他

⑤消化器の病気 : 胃潰瘍・十二指腸潰瘍・その他

⑥内分泌系の病気 : 糖尿病・甲状腺機能亢進症・副腎皮質機能不全・その他

⑦神経系の病気 : てんかん・脳性麻痺・パーキンソン・その他

⑧精神的な障害 : 神経症・統合失調症・うつ病・パニック障害・その他

⑨発達期の障害 : 精神遅滞・自閉症・ダウン症・その他

⑩アレルギー性の病気 : 慢性湿疹・アレルギー性鼻炎・薬物アレルギー・その他

⑪その他の病気 : 視力障害・聴力障害・認知症・リウマチ・性病・エイズ・その他

2) 全身疾患で入院、手術や通院治療を受けたことがありますか？

はい・いいえ

病名 (年 月頃)

現在も入院中であれば、その病院名 電話

手術で麻酔をしたことがありますか？

はい・いいえ

全身麻酔・局所麻酔 手術名

4, ご家族の病歴についてお聞きします (わかる範囲で結構です)

ご家族、血縁者の中で大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか？

有・無

・お名前： 受診される方との続柄：

年齢（病気にかかったときの）： 才 病名：

・お名前： 受診される方との続柄：

年齢（病気にかかったときの）： 才 病名：

5, 歯科治療に関してお聞きします

1) 今までに歯科治療を受けたことはありますか？ はい・いいえ

歯科医院のお名前は

2) 歯の治療時に気分が悪くなったことは？ はい・いいえ

3) 歯科医院で麻酔による治療（抜歯など）をされたことはありますか？ はい・いいえ

4) ご家族にアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ

5) 抜歯等で血が止まりにくかったことはありますか？ はい・いいえ

6) 歯の治療は怖いですか？ 怖い・普通

当センターで歯科治療に際して特にご希望がありましたら、ご記入下さい

食習慣に関してお聞きします 該当する部分に○をつけてください

1, 食事について

1) 全介助が必要な場合についてお聞きします：

- ・口の中に入れてあげても飲み込みが困難
- ・口の中に入れてあげれば飲み込むことが可能
- ・口の中に入れてあげれば嚙むことができる
- ・口の中に入れてあげれば上手に食べられる

2) 一部介助が必要な場合についてお聞きします：

- ・そばで介添えを必要とする
- ・時々見てあげればなんとか食べられる
- ・一人で食べられるが周囲をよごしてしまう

3) ひとりで食事ができる (自立)

4) その他の方法で食事をしている場合

2, 食事のとり方についてお聞きします

経管栄養・哺乳ビン・普通 (軟食 ・ 普通食) ・ その他

3, 偏食についてお聞きします

著しい (好きなもの.....) ・それほどでもない・普通

4, 食事姿勢についてお聞きします

寝かせたまま・抱きかかえて・イス等に座らせて・通常の食卓で・その他

5, 主食についてお聞きします

時間を決めて・欲しがる時に・あまり食べない・その他

6, 食物形態についてお聞きします

- ・ドロドロした (離乳初期) 食物が多い
- ・指で押しつぶせる程度に軟らかくした形のある食物
- ・軟らかさは普通だが大きさは少し小さくした食物
- ・大きさは普通だが少し軟らかくした食物
- ・普通食と変わらない食物
- ・その他.....

7, 間食についてお聞きします : 時間を決めて・欲しがる時に・あまり食べない

間食はどのようなものですか?

8, 水分摂取についてお聞きします

哺乳ビン・吸い飲み・ストロー・コップ (取っ手無し・取っ手付き) ・その他.....

9, 一回の食事に要する時間は.....分ぐらい

日常生活についてお聞きします

該当するところに○をつけてください。

1, どこかに不自由を感じていますか?

理解力・視力・聴力・発音能力・情緒・その他・感じていない

2, 日常生活の問題点 (困っていること) はありますか?

ほとんど無い・爪切り・歯磨き・洗髪・散髪・入浴・その他.....

**問題がある場合どのように対処していますか?

.....

3, 睡眠についてお聞きします

- 1) 睡眠の状態については? : 良い・普通・不眠
- 2) 睡眠薬の使用は? : 有・無 使用している場合そのお薬の名前: ..
- 3) 睡眠時間は平均何時間ぐらいですか? :時間位

4, うがい、歯磨きについてお聞きします

- 1) うがいは? : できる・少しできる・できない
- 2) 自分で歯磨きは? : できる・少しできる・できない
- 3) 介護者（補助者）が歯磨きを? : している・していない・しようとするが嫌がる
- 4) 介護者が歯磨きをする場合は?
 寝かせて・抱きかかえて・座らせて・その他.....
- 5) いつ磨きますか? : 起床後・朝食後・昼食後・間食後・夕食後・就寝前
- 6) 1回の歯磨きに要する時間は? :分くらい

5, 入浴についてお聞きします : 全介助が必要・一部介助が必要・自立にて可能

6, 排泄についてお聞きします : 全介助が必要・一部介助が必要・自立にて可能

- 1) 規則的な排便がありますか? : 有・無
- 2) その際薬の使用がありますか? : 有・無
- 3) そのお薬の名前は? :・わからない

7, 移動方法についてお聞きします

- 1) 家では? : 自力で移動できる・介助が必要
- 2) 外出時は? : 独歩・杖歩行・車イス・自動車・その他.....

生活上特に注意している事、治療に際して、ご希望がありましたらご自由にお書き下さい

ご記入者のお名前 : 続柄 ()

*記入された日時 : 年 月 日

ありがとうございました。