

(小児患者用)

倉敷市障がい者（児）歯科診療申込書兼誓約書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

申請者 (患者)	住所	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	性別	男 ・ 女
	学校・施設名	
	学校・施設所在地	
	学校・施設連絡先	

家族等 保護者	住所	
	ふりがな 氏名	
	続柄	
	連絡先	

倉敷市障がい者（児）歯科診療事業による診療を受けたいので、申し込みます。

また、倉敷市が一般社団法人倉敷歯科医師会に委託して実施する障がい者（児）歯科診療事業による診療を受けることについて、万一事故等があっても一切倉敷市及び一般社団法人倉敷歯科医師会の責任といたしません。

なお、診療を受けるときは、次の事項を守ります。

記

- 1 診療を受けるときは、原則として1名以上の家族等保護者が付添うとともに介護にあたります。
- 2 申請者及び家族等保護者は、受診する前に受診を承諾し、担当医の指示に従います。

※裏面（予診票）もあります。

受付日時	年 月 日
受付場所	倉 児 玉 水 船 真 庄 茶 歯 医
処 理	

予 診 票

お子さんの健康状態を知り、治療の参考にするもので、秘密は厳守いたします。
出来るだけ正確にお書きください。(書き方の分からない点はおたずねください)

愛称 _____ 血液型 _____
通院の方法 (自家用車・バス・電車・タクシー・自転車・徒歩)
通院にかかる時間 (片道) : _____ 時間 _____ 分くらい

- センターで受診される理由をお聞かせください。
(当てはまる項目全部に○をつけてください)
 - 障がいや全身疾患があるから (障がい又は疾患名 _____)
 - 聞き分けがなくて、他の歯科医院では治療が困難だから
 - 定期検診など歯の健康管理を受けたいから
 - その他 (具体的に : _____)
- 最初にしてほしい治療の内容は、何でしょうか？
(_____)
- お子さんは今までに歯科の治療を受けたことがありますか？
 - ① (ない・ある) 受けた時期 : _____ 年 _____ 月ごろ
 - ② その時は十分な治療ができましたか？ (できた・応急処置のみ・できなかった)
 - ③ 歯科治療の時に異常がありますか？ (ない・ある)
(あれば具体的に : _____)
- 歯科治療を受ける上で、ご心配なことがおありですか？ (特にない・ある)
ある場合には下記の当てはまる項目全部に○をつけてください
 - a 聞き分けがなく、治療をいやがると思う
 - b 体が弱いので、治療による全身への影響が心配
 - c センターまで通うのが大変
 - d 医療費が心配
 - e その他 (何でもお書きください : _____)
- お子さんの今までの成長についてお伺いします。
 - I (a) 妊娠中に母親の病気 (妊娠高血圧症など) 及び出産の異常 (早産・難産など) ありましたか？ (有・無)
 - (b) 生まれた時の体重は ? _____ g

(c)現在のお話はどんな具合ですか？（言葉が出ない・言葉はないが要求はできる
単語文や簡単な会話ならできる・普通に会話できる）

(d)食事は自立していますか？（全面介助・部分介助・自立している）

(e)排尿・排便は自立していますか？（全面介助・部分介助・自立している）

II(a)けいれんの発作がありますか？（全くない・高熱時のみ・以前にはあった
が現在はない・薬を飲んでいられない・最近でも時々ある）

(b)大発作はありますか？（ない・ある）

(c)いつ頃ありましたか？ _____歳頃から_____歳頃まで

III(a)薬を飲んでいますか？（飲んでいない・飲んでいる）薬の内容：_____

(b)脳波の検査を受けたことがありますか？（ない・ある）

(c)IQを測定したことがありますか？（ない・ある）結果：IQ_____

IV(a)今までに次のような病気をしたことがあれば○をつけてください。

（はしか・みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹・ぜんそく・薬剤アレルギー・
自家中毒）

(b)今までに大きな病気をしたことがありますか？（ない・ある）

（心臓病・肺炎・肝炎・腎炎・その他_____）

(c)現在医師の治療を受けていますか？（いない・いる）手術の有無（なし・あり）

どこの病院ですか？ 病院名_____

_____科_____先生

(d)お体のことで何か注意するように言われたことがありますか？（ない・ある）

（注意された内容：_____）

(e)その他、お子さんの健康上の問題、知っておいてほしいと思われる点がありま
したらご記入ください。（_____）

6 ご家族についてお伺いします。

①家族の方で同じ病気の方はおられますか？（いない・いる）

②お子さんの面倒を見てくださる方は、主にどなたですか？介助者：_____

7 お子さんの性格についてお尋ねします。

①何かくせがありますか？（特にない・指しゃぶり・歯ぎしり・唇を噛む
口で呼吸をする・その他：_____）

②お子さんの性格について、知っておいてほしいと思われる点がありましたら
ご記入ください。（_____）

8 お子さんの食べ物についてお尋ねします。

①おやつは、どんな物をよく食べますか？（ジュース・乳酸飲料・炭酸飲料・
ヨーグルト・チョコレート・アメ・ビスケット・ポテトチップス・果物・
クラッカー・あられ・アイスクリーム・その他：_____）

②おやつは、時間を決めていますか？（決めていない・決めている）

③偏食はありますか？ (ない・ある) きらいなもの：_____

④その他、何か気をつけていることがあればお書きください。

9 歯磨きについてお伺いします。

①歯を磨いていますか？ (ほとんど磨かない・ときどき磨く・毎日磨く)

②だれが磨きますか？ (磨かせない・全面介助・部分介助・本人まかせ)

③いつ磨いていますか？ (毎食後・朝晩・朝のみ・夜のみ・その他：_____)

④「うがい」ができますか？ (できない・できる)

10 治療上のご希望や、ご相談ご質問がありましたら、どんなささいなことでも、どうぞ遠慮なく以下にお書きください。

ありがとうございました。

記入者のお名前_____ 患者さんとの関係_____

記入日：令和 年 月 日