

(成人患者用)
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
	勤務先・施設名	
	勤務先・施設所在地	
	勤務先・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

あなたの健康状態を知り、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)

1 センターを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○を付けてください)

- a 障がいや全身疾患があるから。(障がい又は疾患名：_____)
- b 聞き分けがなくて、他の歯科医院では治療が困難だから
- c 定期検診など歯の健康管理を受けたいから
- d その他(具体的に：_____)

2 最初にしてほしい治療の内容は、何でしょうか？

(_____)

3 歯科治療を受けたことがありますか？

- (1) (ない・ある) あれば 最近では_____年前くらい
- (2) 歯科治療で不快な経験(とても痛かった・貧血を起こした・その他)がありましたら、何でもお書きください。(_____)

4 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 歯科治療に対する恐怖心が強く、痛いのは我慢できそうもない
- b 歯科治療中にショック・ケイレンを起こしたことがある
- c アレルギー体質又は特異体質である(過敏な薬剤：_____)
- d 体が弱いので、治療による全身への影響が心配
- e センターまで通うのが大変(体の不自由・付添い者がいない・遠距離・その他)
- f 医療費が心配
- g その他(何でもお書きください：_____)

5 今までにかかった病気についてお伺いします。

- ① 下記の病気のうちで、かかったことのあるものに○を付けてください。
心臓病・高血圧・低血圧・動脈硬化・脳卒中・貧血・肝臓病・腎臓病
糖尿病・結核・肺炎・喘息・てんかん・脳性麻痺・自律神経失調症
そのほか今までにかかった病気があれば書いてください。(疾患名：_____)
- ② 入院したことがありますか？ (ない・ある)
あれば (病名：_____で_____年前に_____病院に)
- ③ 手術を受けたことがありますか？ (ない・ある)
あれば (病名：_____で_____年前に_____病院で)
その時なにか異常(出血・麻酔など)はありましたか？ (ない・あった)
- ④ 輸血をしたことがありますか？ (ない・ある)

6 現在の健康状態についてお伺いします。

(a)ア 最近3ヵ月以内にお医者さんの診療を受けたことがありますか？

(ない・ある)

あれば 病名 _____

病院名 _____ 科 _____ 先生

イ 最近3ヵ月以内に医薬品を飲んだことがありますか？ (ない・ある)

ウ 日頃飲んでいる薬があればお書きください。(_____)

(b)ア 階段を昇るときに呼吸が苦しくなって休むことがありますか？ (ない・ある)

イ どうきがしたり、胸が痛くなったりする事がありますか？ (ない・ある)

ウ 咳がひどかったり、たんが切れなかったりで苦しいことがありますか？

(ない・ある)

エ めまいがして、立ってられないことがありますか？

(ない・ある)

(c)ア 現在のお話はどんな具合ですか？

(言葉が出ない・言葉は出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)

イ 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)

ウ 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)

(d)ア けいれんの発作がありますか？ (全くない・高熱時のみ・以前はあった

が現在はない・薬を飲んでいけばない・最近でもときどきある)

大発作はありますか？ (ない・ある)

あれば _____ 歳頃から _____ 歳頃まで 最近では _____ 月 _____ 日

薬を飲んでいますか？ (飲んでいない・飲んでいる)

薬の内容： _____

脳波の検査を受けたことがありますか？ (ない・ある)

イ 体のことで何か注意を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： _____

ウ その他、健康上の問題で、知っておいて欲しいと思われる点がありましたら、
ご記入ください。

7 ご家族についてお伺いします。

ア 家族の方で同じ病気の方はおられますか？ (いない・いる)

イ 日常生活の面倒を見てくださる方は、主にどなたですか？ (介助者：_____)

8 本人の性格についてお尋ねします。

ア 何かくせがありますか？ (特にない・指しゃぶり・歯ぎしり・唇をかむ・
口で呼吸する その他：_____)

イ 本人の性格について、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。

(_____)

9 本人の食べ物についてお尋ねします。

ア 偏食はありますか？ (ない・ある) きらいなもの：_____

イ 主食は？ (ごはん・パン) 野菜は好きですか？_____

ウ 間食は、どんな物をよく食べていますか？ (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：_____)

エ 間食の時間は決めていますか？ (いない・いる)

10 歯磨きについてお伺いします。

ア 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)

イ だれが磨きますか？ (磨かせない・全面介助・部分介助・本人)

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

11 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
うぞご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