

カルテ番号 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票

神戸市立こうべ市歯科センターは
地域の歯科診療所で、治療困難な患者さんに重点をおいた治療を行う機能と役割を担っています。
この点についてご理解とご協力を、お願い申し上げます。

□にはチェックを入れ、()内は○で囲む、または必要事項を記入ください。

※代筆の場合、本人と記入者の関係をご記入ください。フリガナ 氏名 _____ (続柄: _____)

フリガナ 氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(_____ 才)

住所(〒 _____ - _____)

自宅電話番号 _____ 携帯番号 _____ (続柄: _____)

緊急連絡先 _____ (続柄: _____)

職業・所属 (通っている曜日、時間帯をご記入下さい。入所されている方は、帰宅頻度もご記入下さい。)

学校 _____ (通常学級・支援学級) / 職場・職業 _____

通所施設・デイサービス (作業所含む) _____

入所施設 _____

同居のご家族

身長 _____ cm

体重 _____ kg

血液型 _____ 型

例)

父	○歳

▽出産・発育状態▽

・出生時体重 _____ g

・発育 首のすわり(_____ 才 _____ ヶ月)、歩き始め(_____ 才 _____ ヶ月)、卒乳時期(_____ 才 _____ ヶ月)

▽歯の治療について▽

【 部位 】 【 右上・右下・左上・左下・前歯・奥歯 】

■どうしましたか？（当センターを受診する理由）○で囲んでください。

むし歯がある 歯が痛い 歯が動く はれている 出血する 定期健診
歯石をとってほしい 歯を抜いてほしい つめもの、かぶせものがとれた
入れ歯が壊れた その他(具体的に)

■かかりつけの歯科はありますか。 (有・無)

市 区 歯科医院 年 月から通院していた

- ・どのくらいのペースで通院していましたか。
- ・主にどのような治療を受けましたか。
- ・治療中は、どのような様子でしたか。具体的にご記入ください。

(例：診療室には入れるが、チェアーへは座れなかった。音を嫌がり、逃げた。 等)

■局所麻酔をしたことはありますか。 (はい ・ いいえ)

■今までに歯を抜いたことはありますか。 (はい ・ いいえ)

■歯科治療で気分が悪くなったことはありますか。 (はい ・ いいえ)

■けがや抜歯で血が止まりにくかったことはありますか。 (はい ・ いいえ)

■(女性の方へ)現在、妊娠または妊娠をしている可能性はありますか。 (はい ・ いいえ)

“はい”の場合 妊娠 週目 、 予定日 月 日

▽障害について▽

■判定・認定度

・療育手帳	無 ・ 有	(A(重度) ・ B 1(中度) ・ B 2(軽度))	
・身体障害者手帳	無 ・ 有	(種 級)	
・精神障害者手帳	無 ・ 有	(種 級)	
・介護認定	要支援	(1 ・ 2)	
	要介護	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
・発達年齢 (K 式発達検査)	姿勢・運動	(才 ヶ月)	全領域 (才 ヶ月)
	認知・適応	(才 ヶ月)	
	言語・社会	(才 ヶ月)	
・知的指数 (IQ)	()		検査日 年 月

■傷病名・障害名

精神及び行動障害

- 発達障害 (発達障害疑い・自閉スペクトラム症・ADHD・他())
- 知的能力障害 (知的障害)
- 統合失調症
- 気分障害 (うつ病・躁うつ病・他())
- 不安障害 (パニック障害・強迫性障害・他())
- その他 ()

染色体異常

- ダウン症候群 (心疾患合併：有 _____ ・ 無) (頸椎の異常： 有・無)
- その他の症候群()

神経系疾患

- 脳性麻痺 (_____ 型)
- てんかん (発症年齢： _____ 才)(発作時間： _____ 分・秒)
発作頻度 (大発作： _____ 回／日・週・ヶ月・年)(小発作 _____ 回／日・週・ヶ月・年)
(発作の種類： _____ 発作)(発作時の対応方法： _____)
- 認知症 (_____ 型)
- パーキンソン病
- 睡眠障害
- その他 ()

循環器系疾患

- 高血圧 (普段の血圧 _____ / _____ mmHg)
- 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈・弁疾患())
他())
- 先天性心疾患 (心房中隔欠損・心室中隔欠損・他())
- ペースメーカー
- 脳血管障害 (くも膜下出血・脳出血・脳梗塞・他())
- その他 ()

呼吸器系疾患

- 喘息 (最終発作： _____ 年 _____ 月)
発作を起こしやすい時期等あれば教えてください。 _____
- 肺炎 ・ 誤嚥性肺炎
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 人工呼吸器 (装着時期： _____ 年 _____ 月)
- 気管切開
- 酸素吸入 (_____ ℓ 吸入)(昼間・夜間・1日、 _____ 時間吸入)
- 睡眠時無呼吸症候群
- 副鼻腔炎
- アレルギー性鼻炎
- その他 (_____)

内分泌、栄養及び代謝疾患

- 甲状腺疾患 (_____)
- 糖尿病 (I 型・ II 型・その他 _____)(低血糖発作：無・有 対処方法 _____)
(HbA1c _____ %)(インスリン注射 有・無)
- 高脂血症
- その他 (_____)

筋骨格系疾患

- 骨粗鬆症
- 関節リウマチ
- 筋ジストロフィー
- その他 (_____)

感染症

- 肝炎 (B 型肝炎 ・ C 型肝炎)
- HIV
- 結核
- 梅毒
- その他 (_____)

その他

- 肢体不自由 ・ 不自由な部位 _____
・ 原因 _____
- 視覚障害 (両方・右・左)
(斜視 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ その他 _____)
・ 視力はどの程度ですか？ _____
- 聴覚障害 (両方・右・左)
・ 補聴器 (両方・右・左) ・ 人工内耳
・ コミュニケーション方法 (手話・筆談・その他 _____)
・ 聴力はどの程度ですか？ _____
- 中耳炎 (両方・右・左)
- 嚥下障害
- 消化器系疾患 ()
- 胃ろう
- 腎機能障害 ()
・ 透析：シャント部位 () 透析日 (曜日)
- 肝機能障害 ()
- 泌尿器系疾患 ()
- 膀胱留置(バルンチューブ)
- 人工肛門
- 歯科治療恐怖症
- 嘔吐反射
- その他 ()

▽通院・入院歴について▽

■現在、通院中の病院はありますか。

①病名 _____ 手術（有・無）
病院名 _____ / _____ 科
_____ 年 _____ 月～

①病名 _____ 手術（有・無）
病院名 _____ / _____ 科
_____ 年 _____ 月～

■入院 / 手術をしたことはありますか。

①病名 _____ 手術（有・無）
病院名 _____ / _____ 科
_____ 年 _____ 月～

②病名 _____ 手術（有・無）
病院名 _____ / _____ 科
_____ 年 _____ 月～

■アレルギーはありますか。 （有・無）

薬物： _____

食品： _____

その他： _____

■輸血をしたことはありますか。 （有・無）

■お薬手帳はありますか。 （有・無）

・無い場合で常用薬があれば、ご記入ください。 _____

▽日常生活について▽

■お酒は飲みますか。 (はい・いいえ)

“はい”の場合、どのくらい飲みますか。 _____

■タバコは吸いますか。 (はい・いいえ) “はい”の場合、1日に何本吸いますか。 _____ 本

“いいえ”の場合、過去にすっていたことがあればお答えください。

(_____ 日前・ヶ月前・年前) まで1日 (_____ 本) 程度, (_____ 日間・ヶ月間・年間) 吸っていた。

■感覚の過敏さ、鈍感さ: _____

対処法: _____

■嫌いなこと、不安な場面: _____ 自傷 (有・無)

対処法: _____ 他傷 (有・無)

■指示の通りやすい方法・工夫: _____

食生活について

- ・食事形態 普通食 素材により粗めに刻む 刻み食 すり潰し食
流動食 胃ろう 経鼻栄養 その他(_____)
- ・摂食方法 自分で 一部手伝う 全部手伝う
- ・使うもの お箸 スプーン フォーク 手づかみ
- ・食事時間 10分以内 30分以内 30分以上
- ・水分摂取 自分で 一部手伝う 全部手伝う
- ・使うもの コップ 哺乳瓶 その他(_____)

歩行について

自立歩行 杖 歩行カート 車椅子 ストレッチャー

・歩行介助の方法 _____

言語能力について

- 通常会話 場面に結びついた2語分 一定の意味を持った単語
- 無意味な単純な音声 音声が出ない その他(_____)

排泄について

自分で 一部手伝う 全部手伝う オムツ

着衣について

自分で 一部手伝う 全部手伝う