

記入日	年 月 日						
*医療機関情報（該当する項目に✓をつけてください）							
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 口腔清掃指導	<input type="checkbox"/> 定期管理	<input type="checkbox"/> 歯周治療			
	<input type="checkbox"/> 齲蝕治療	<input type="checkbox"/> 義歯関連	<input type="checkbox"/> 抜歯	<input type="checkbox"/> その他			
自由記載							
*患者情報（該当する項目に✓をつけてください）							
フリガナ							
患者氏名							
生年月日	年 月 日（男・女）	年齢	歳 か月				
障害名	<input type="checkbox"/> 発達障害			<input type="checkbox"/> 知的能力障害	<input type="checkbox"/> Down症候群	<input type="checkbox"/> 脳性麻痺	<input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症			<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 脊髄損傷	
	<input type="checkbox"/> 脳血管障害			<input type="checkbox"/> うつ病	<input type="checkbox"/> パーキンソン病	<input type="checkbox"/> 統合失調症	
	<input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー			<input type="checkbox"/> その他（ ）			
服薬状況							
既往歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	
	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 骨疾患	<input type="checkbox"/> 消化器疾患	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> てんかん	
	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> H I V	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症		
<input type="checkbox"/> その他留意すべき疾患（ ）							
付き添い	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
*患者情報に関する自由記載							
*障害の程度（該当する項目に✓をつけてください）							
障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有（下記から選択してください）		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級	<input type="checkbox"/> 7級
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級				
療育手帳	<input type="checkbox"/> A（1度・2度）		<input type="checkbox"/> B（3度・4度）				
歩行状態	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 要介助			
ユニットへの移乗	<input type="checkbox"/> 介助なしで移乗可		<input type="checkbox"/> 介助あれば移乗可		<input type="checkbox"/> ユニットに移乗不可		
座位の保持	<input type="checkbox"/> ユニット上で診療可		<input type="checkbox"/> じっとして座れない				
*コミュニケーションについて（該当する項目に✓をつけてください）							
<input type="checkbox"/> 可能				<input type="checkbox"/> 簡単な言葉のみ	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> 目で見たもの（絵カード、ジェスチャー等）で可能	
<input type="checkbox"/> 困難				<input type="checkbox"/> その他（ ）			
*患者の特性について（該当する項目に✓をつけてください）							
歯科診療の協力度	<input type="checkbox"/> 歯科診療に協力的			<input type="checkbox"/> 絵カード、説明ツールを利用して診療可			
	<input type="checkbox"/> 体動のコントロールが必要			<input type="checkbox"/> 歯磨き程度はできるが治療は困難			
	<input type="checkbox"/> 暴れる	<input type="checkbox"/> まったくできない	<input type="checkbox"/> 開口器の使用	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
感覚過敏	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 音が苦手	<input type="checkbox"/> ライトが苦手	<input type="checkbox"/> 匂いに敏感	
	<input type="checkbox"/> 特定の味が苦手 →（苦手な味： ）						
	<input type="checkbox"/> 触られることが苦手 →（部位： ）						
<input type="checkbox"/> その他（ ）							
診療所名				TEL()			
歯科医師名				mail()			

*連絡事項（任意記載）

《歯式》 不明

上

検査日

年

月

日

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

下

右

左

< 記入例 >

健全歯：/ 要観察歯：CO 未処置歯：C 処置歯：○ 欠損歯：△ 欠損補綴歯：⊙

*特記

◇ 治療経過、特別な配慮、歯科診療で困ったこと等