

# 問診票

年 月 日 記入

ふりがな 名前	(愛称・ニックネーム)			(男・女)	
生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日	歳 か月
住所	〒				
電話番号		身長	cm	体重	kg
職業					
施設・学校名					
緊急連絡先	携帯				自宅

※当センターをどこでお知りになりましたか？紹介の場合は紹介者名をご記入ください

( ) 紹介者 ( )

※治療をする上での必要事項になりますので、下記の質問にお答えください

①問診票の記入者 ( 本人 ・ 付添者 (続柄 ) )

②本日はどうされましたか？

③当センターへの来院時の状況

( 電車 ・ バス ・ タクシー ・ 自家用車 ・ 徒歩 ・ その他 )

④来院時の付添者について

( 本人 ・ 父 ・ 母 ・ 兄妹 ・ 親族 ( ) ・ 施設職員 ・ その他 ( ) )

⑤かかりつけ病院 ( ) ( ) 科 ( ) 先生

⑥かかりつけ歯科医院 ( )

- 1) 歯科治療で麻酔の経験はありますか？ はい ・ いいえ  
その時に、異常はありませんでしたか？ ある ・ ない
- 2) 歯科治療で歯を抜いたことはありますか？ はい ・ いいえ  
その時に、異常はありませんでしたか？ ある ・ ない

裏面もご記入下さい

⑦次のどのような障害・疾患をおもちですか？

- 1) 知的能力障害 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
- 2) 自閉スペクトラム症 /アスペルガー症候群
- 3) 注意欠如/多動症 /学習障害
- 4) 脳性まひ
- 5) ダウン症候群
- 6) 高次脳機能障害 脳卒中 (脳出血・脳梗塞・くも膜下出血) 脳外傷
- 7) 認知症 (アルツハイマー型・血管性・レビー小体型・前頭側頭葉変性症)
- 8) 指定難病 ( )
- 9) その他 ( )
- 10) 内科的疾患  
心臓病 糖尿病 てんかん  
肝臓病 肝炎 ( A ・ B ・ C ) ひきつけ / 痙攣  
腎臓病 HIV / AIDS 喘息  
アレルギー ( )

⑧現在、飲んでいる薬はありますか？

薬品名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_  
薬品名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_

⑨女性の方にお聞きします

現在、妊娠していますか？ はい ( 週目 ) ・ いいえ

⑩日常生活についてお聞きします

- 1) 手や腕を動かすのが困難ですか？ はい (右・左・左右) ・ いいえ
- 2) 足を動かすのが困難ですか？ はい (右・左・左右) ・ いいえ
- 3) お口が開けにくいですか？ はい ・ いいえ
- 4) うがいはできますか？ はい ・ いいえ
- 5) 歯磨きはいつ、どなたがされていますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ していない  
本人 ・ 介助者 ( )
- 6) 一人で食事ができますか？ 本人 ・ 介助者 ( )
- 7) 一人で排泄・排便はできますか？ 本人 ・ 介助者 ( )
- 8) お話をすることができますか？ できる ・ 少しできる ・ できない
- 9) こちらの話が理解できますか？ できる ・ 少しできる ・ できない
- 10) 同居されている方を教えてください

- 11) コミュニケーション方法を教えてください (～が好き、～は苦手など)

ご協力ありがとうございました