

健康調査票

あなたの健康状態を知り、安全な治療を行なうための参考にさせていただきます。ありのままをお書きください。なお、この調査内容の秘密は厳守します。

記入日 平成 年 月 日

患者氏名： 性別：男・女 生年月日：大・昭・平 年 月 日 (才 月)

疾患名等を下表に記入してください。

疾患・障害名	
手帳の種類	身体障害者手帳 : 1級 2級 3級 4級 5級 6級
	療育手帳(東京都・その他) : 1度 2度 3度 4度 ・ A-1 A-2 B-1 B-2
	精神障害者保健福祉手帳 : 1級 2級 3級
	手帳なし・申請中

1 現在、問題になっていることは何ですか

- ・むし歯 ・歯周病 ・歯並びの異常 ・かみ合わせの異常 ・物がうまく食べられない
- ・言葉がうまく話せない ・その他 ()

○その問題は、いつ頃からですか (・ 日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 ・ 年前)

○現在は、どうですか (・ 痛みがある ・ 腫れている ・ 気になる ・ その他)

○当センターでの歯科診療に際して特に希望することがあればお書きください ()

2 今までに歯科治療を受けたことがありますか

○一番最近はいつ頃ですか (年 月頃)

○どこで受けましたか (・ 開業医 ・ 地区のセンター ・ 病院 ・ 訪問診療)

○どのような治療でしたか (・ 診査のみ ・ 予防指導 ・ 虫歯の治療 ・ 歯肉の治療 ・ 歯を抜いた ・ 入れ歯 ・ その他 ())

○治療中の状況はどうでしたか

- ・ 問題なかった
- ・ 問題があった (具体的にお書きください)

3 既往症などについて

○入院または手術をしたことがありますか はい・いいえ

○血が止まりにくかったことがありますか はい・いいえ

○現在、飲んでいる薬はありますか はい・いいえ

薬の名前を書いて下さい。()

○薬や食べ物でアレルギーはありますか はい・いいえ

○胸が痛くなることがありますか はい・いいえ

○めまいや立ちくらみを起こすことがありますか はい・いいえ

○てんかん発作を起こしたことがありますか はい・いいえ

○かかりつけ医はありますか

主治医名： 病院 科 先生

電話： ()

4 次の病気にかかったことがありますか。あれば○で囲んでください

- ・先天性心疾患 ・高血圧症 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・不整脈 ・心筋症 ・リウマチ
- ・喘息 ・肝臓病 ・肝炎 ・腎臓病 ・糖尿病 ・甲状腺機能異常 ・血液疾患
- ・脳出血や脳梗塞 ・パーキンソン病 ・骨粗鬆症

○その他、今までにかかった病気がある場合はお書きください(.....)

5 障害について(コミュニケーションについて)

○ どのような障害がありますか？

1 理解力 2 発音能力 3 運動機能 4 視覚 5 聴覚 6 その他 (.....)

○ 理解の程度について

1 ほとんど認められない 2 的確でない反応あり 3 どうか指示に応じた反応が可能
4 指示理解は可能だが多少問題あり 5 指示は良く聞く

○ 表現方法について

1 まったく発音なし 2 発声のみ 3 単語のみ 4 二,三語文 5 発音が不明瞭
6 ほとんど問題なし

○ 日常生活で問題となることはありますか

1 歯磨き 2 爪きり 3 耳かき 4 散髪 5 食事 6 睡眠

7 ほとんど問題なし 8 その他 (.....)

6 当センターをどのように知りましたか

・医科または歯科からの紹介 ・知人からの紹介 ・ホームページ

・その他の広報 (.....)

記入者のお名前：患者さんとの関係：

予約の取り方について

当センターの診療システムは、患者さんが歯科診療に慣れるまで、最初は歯科医師や歯科衛生士の担当制をとっています。そして、患者さんが慣れてきた段階から他のスタッフに順次替えていきます。

こうしたシステムをとることで、患者さんが将来住み慣れた地域での受診ができることを目標にしています。

診療は予約制をとっています。その際、患者さんの中で、予約をとることを優先したいので担当スタッフ以外での診療（治療と予防）で、担当制にこだわらないという方は、下記にご署名ください。

ご署名：