

歯科予診票 HS デンタルサロン

初診日： 年 月 日

フリガナ
名前： 呼び名： 年齢： 才 性別：(男・女)

障害名： 障害者手帳：

この問診票は、発達障害のある方の受診をスムーズに行うためのものです。

わかる範囲で構いませんのでできるだけ具体的に記入してください。

ご本人が嫌がること、苦手なこと、怖がることなどに○をつけてください。

体を触られること 耳を触られること 頭を触られること 喉を見られること (舌圧子)
ベッドに寝ること 待つこと 大きな声 小さい子どもの泣き声 たくさん話しかけられること
人が多いところ 暗いところ 初めての場所 初めての人 白衣 注射 口を開けること
口に触られること 仰向けに寝ること 大きな機械音 掃除機などの吸引音
そのほか ()

ご本人が好きなもの・ことをお書きください (おもちゃ、キャラクター、食べ物、趣味など何でも OK)
特に「ご褒美」「暇つぶし」「気持ちの切り替え」として使えそうなことをお書きください。

ご本人にどのように伝えたらわかりやすいですか？

(本人が理解できる方法に○を、限定されていたり不確実なものに△をつけてください)

実物を見せる 写真を見せる 絵を見せる 文字で書いてみせる やって見せる
指さし 日常よく使う短い言葉で伝える 少し長い文でも理解できる
工夫していることがありましたらお書きください ()

ご本人は、他の人に自分の意思や状態をどのような方法で伝えることができますか？

話しことばでいろいろなことを自由に伝えられる ことばを話すは伝えられることは限られている
みぶり 文字 絵カード 写真カード 実物を示す 手を引っ張る
そのほか ()

ご本人が理解できる時間の示し方に○をつけてください。

時計 (アナログ デジタル) キッチンタイマー 数を数える：() くらいわかる
そのほか ()

次のページに続きます。

これまで歯科の受診経験はありますか？

受診（あり　　なし）

あり→その時の治療内容は何ですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

その時の様子は（うまくできた・嫌がった・非常に嫌がった・できなかった・そのほか　　　　　　）

パニックになってしまった時の対処法を教えてください。

例) しばらくそっとして待つ、声をかけられると余計に混乱する

ご本人が飲むことのできる薬の剤型に○をつけてください。

錠剤　カプセル　粉薬　シロップ

※薬の飲ませ方で注意することや工夫していることがあればお書きください。

受診にあたって心配なこと、伝えておきたいことがあればお書きください

口腔衛生に関して

1. ご本人の歯磨き習慣は（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ） されている
2. 使用歯ブラシ（商品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） 補助清掃用具（歯間ブラシ・糸ようじ・　　　　　　　　　　　　　　　　　）
硬さ（大人用・子供用・不明） 柔らかさ（硬い・普通・柔らかい・不明）
3. 歯磨き剤の使用（ あり ・ なし ）
4. 歯磨きの状態に○をつけてください。
（全く磨けない・歯ブラシを口に入れるのみ・一人で磨くのが不十分・一人で満足できる程度に磨ける）
5. ご本人の歯磨き時の姿勢
（立位・座位・仰向け・横向き・床・椅子・車椅子・ベッドの上・そのほか　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
6. 歯磨きの時間（ 　　　　　 ） 分くらい
7. 1日の歯磨きのタイミングに○をつけてください。
（起床時・朝食前・朝食後・昼食後・間食後・夕食後・就寝前・そのほか　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご協力ありがとうございます。お手数ですが受付までお持ちください。HS デンタルサロン