



# 歯科受診サポート票



## 歯科医療機関の皆様へ

このサポート票は、貴院を受診された患者様の状態を知っていただく参考メモとして作成しています。ご活用ください。

## 歯科医療機関を利用される本人・ご家族・施設関係者の皆様へ

この歯科受診サポート票は、障がいのある方や歯科治療の際に配慮してほしいことがある方が、より安心して身近な歯科医療機関に受診できるように歯科医の先生にお伝えするために作成しています。事前にご記入の上、歯科受診時に直接受付へ提出してください。

☆次の項目について記入してください。また、あてはまるところに☑チェックをお願いします。

記入日： 年 月 日

記入者名：( )  
(  保護者  本人の家族  施設関係者  その他 )

名前： 生年月日：  大正  昭和  平成 年 月 日

ニックネーム： 性別：  男  女

住所： 【電話番号】

① 診断名について ( )

② 手帳の種類と等級について  
 療育手帳 (A1・A2・B1・B2)  身体障害者手帳 級  精神障害者保健福祉手帳 級

③ 下記の病気に罹っているとされたり、治療を受けたことがありますか。  
 心臓病  高血圧  糖尿病  腎臓病  肝炎  気管支炎  
 ぜんそく  肺炎  てんかん  その他 ( )

④ かかりつけ医について  
 ある  ない  
ある場合 ( 病院 ・ 医院) 電話番号 ( )  
( 科 先生)

⑤ 現在飲んでいる薬はありますか  
 ある ( 薬剤名： )  ない

⑥アレルギーについて

- ある  ない



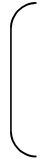
ある場合 →  薬 (  金属 )

⑦困っていることや先生に診てもらいたいことはどのようなことですか。

- 歯が痛い  歯肉が腫れている (痛い)  詰め物がとれた

- 入れ歯が気になる  歯科検診  歯のそうじ

その他



⑧一年以内に歯科治療を受けたことはありますか。

- ある  ない

↳ ある場合 → 歯科医療機関名 ( )

⑨歯みがきについて

- 本人がみがく  本人と家族 (介助者)

- 家族 (介助者) のみ  本人がいやがるのでやらない

※いつ磨いていますか。

- 毎食後  朝1回  よる寝る前  歯磨きしない



⑩歯みがき剤について

- 使っている  使っていない

⑪コミュニケーションのとりかた

- 簡単な言葉は理解できる  絵を見るとわかる  実物を見るとわかる (例: 歯ブラシ)

- 文字で書くとわかる  「はい」、「いいえ」は表現できる

その他



⑫その他、受診時に配慮してほしいことや伝えておきたいことがありましたら記入してください。

例: 待合室でじっとしていることが苦手なので、できるだけ予約時間どおりに対応してほしい。