初診時問診票

記入日　　年　　月　　日

記入者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

【基本情報】

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">ふりがな</td><td>生年月日</td><td colspan="2">（西暦）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男　女</td><td>年齢　　歳</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">静岡市　　区</td></tr>
<tr><td>現在のお住まい</td><td colspan="5">☐自宅（家族と同居）　☐自宅（ひとり暮らし）
☐グループホーム（施設名：　　）
☐入所施設（施設名：　　）
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>学校・事業所（通所先）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td colspan="5">氏名（　　）　続柄（　　）
電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">家族構成</td><td>続柄</td><td>年齢</td><td>続柄</td><td colspan="2">年齢</td></tr>
<tr><td></td><td>歳</td><td></td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td></td><td>歳</td><td></td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td></td><td>歳</td><td></td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>通院に付き添う方</td><td colspan="5">☐ 家族（続柄：　　）
☐施設・事業所職員（施設名：　　名前：　　）
☐ヘルパー（所属先：　　名前：　　）
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>通院手段</td><td colspan="5">☐車　☐バス　☐電車　☐徒歩　☐タクシー　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>障害者歯科保健センター受診のきっかけ</td><td colspan="5">☐歯科医院からの紹介　☐施設・事業所からの紹介　☐知人の紹介
☐講演を聞いて知った　☐静岡市の広報誌やパンフレット
☐その他（　　）</td></tr>
</table>

静岡市障害者歯科保健センター
2026.11

【全身状態】

現在の体調	□良い　□普通　□あまりよくない　□悪い
障害者手帳	□身体障害者手帳（　　）級　□精神障害者福祉手帳（　　）級　□療育手帳（ A ・ B ）
障がい名（診断名）	□知的能力障害　□広汎性発達障害　□自閉スペクトラム症　□注意欠如・多動症（ADHD） □脳性まひ　□ ダウン症　□ 統合失調症　□うつ病　□不安障害 □その他（　　）
治療中または過去にかかったことがある病気	□てんかん □ 心疾患（　　）□ 高血圧　□ 糖尿病 □肝疾患（　　）□腎疾患（　　）□ 喘息 □B型肝炎　□C型肝炎　□梅毒　□HIV □その他（　　）
医療的ケア	□あり（人工呼吸器、気管切開、痰吸引、酸素療法、経管栄養、透析、導尿など）　□なし
手術・入院歴	□なし　□あり（いつ：　　内容：
かかりつけの医療機関（病院・診療所）	病院名・〇〇科 / 担当医 （2行×2列）
現在飲んでいる薬	□なし　□あり（おくすり手帳を確認いたします）
アレルギー	□なし　□ あり ：食べ物（　　）薬（　　） その他（　　）

【お口の症状・歯科治療について】

どのうような症状がありますか？	
いつからですか？	
最後の歯科受診日	（　　）年（　　）月　（　　）日
歯科で局所麻酔をしたことがありますか？	□ある　□ない
歯科受診の際、気分が悪くなったことはありますか。	□ある　□ない あると答えた方→どのような状態でしたか？ （　　）
歯科治療の際、配慮してほしいことや希望があれば教えてください。	

当センターでは障がいのある方が住み慣れた地域の歯科医院で安心して診療を受けていただくことを目指しています。
治療が終了し、メインテナンス期に入った頃、地域の歯科医院でのメインテナンスをご提案する場合があります。
お近くの歯科医院やご希望の歯科医院があれば教えてください。

（　　）

【歯みがきについて】

歯みがきの回数	1日（　　）回　起床時・朝食後 ・昼食後 ・夕食後 ・就寝前
誰がみがきますか	□本人のみ　□本人+介助（介助する人：　　） □全介助（介助する人：　　）
使用しているもの	□歯ブラシ □電動歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ □歯みがき粉・ジェル □洗口液　□その他（　　）
うがいはできますか？	□できる　　□できない

【食事の状況について】

摂取方法	□ 経口　□経管栄養（経鼻経管栄養、胃ろうなど）　□経口+経管栄養
経口、経口+経管栄養のみ↓	
食事形態	□ 普通食　□ 一口大　□ 刻み食　□ ペースト　□ ミキサー食 □ とろみあり　□ その他（　　）
介助の有無	□ 自分で食べる　　□ 一部介助　　□ 全介助
食事の様子	□ 食べるのに時間がかかる　□食べるのが早い □ こぼすことが多い　□ 食べ物を口に詰め込む □ 噛まない　□ むせることがある　□ 食べることに興味がない □ 偏食がある（食べるもの：　　） □ その他（　　）
摂食外来希望	□あり　　□なし

おやつの回数	□ 1日に2回以上食べる　□1日1回食べる　□ 月に2~3回食べる　□ ほとんど食べない
ジュースや乳酸菌飲料、加糖コーヒー・紅茶など	□毎日飲む　□2,3日に1度飲む　□1週間に1度程飲む　□ほとんど飲まない □飲まない
よく食べるおやつ・飲み物	おやつ（　　） 飲み物（　　）

【ADL（日常生活動作）について】

歩行	□ ひとりで可能　□ 一部介助　□ 車椅子・バギー使用
着替え	□ ひとりで可能　□ 一部介助　□ 全介助
排泄	□ ひとりで可能　□ 一部介助　□ 全介助　□ おむつ使用（ □ 常時 □ 昼間　□ 夜間 ）

【コミュニケーションについて】

文字の理解	☐ ひらがな ☐ カタカナ ☐ 数字　☐ わからない
意思表現	☐ 話ができる ☐ 単語を話す ☐ 声を出したり、指差し、身振りで伝える ☐ 意思表現は難しい
数字の理解	☐ 1～10までわかる　☐ わからない
時間の理解	☐ 時計がわかる（ ☐アナログ　☐デジタル）　☐ わからない

【行動・感覚について】

行動の様子	☐ 一人で過ごせる　☐ 見守りが必要
自傷・他害	☐ ない　☐ 自傷がある　☐ 他害がある ※自傷・他害があると答えた方：どのような時に出やすいですか？ （　　）
過敏なもの	☐ 大きな音　☐ 人混み　☐ 明るい光　☐ 味　☐ におい　☐その他（　　）