

❖ 医療機関情報	
紹介先 _____ 様	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 口腔清掃指導 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 齲蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作成 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 他 ( _____ )
❖ 患者情報	
基本情報	フリガナ 患者氏名 _____
	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 _____ ヲ月 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	障害名 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 知的能力障害 <input type="checkbox"/> Down症候群 <input type="checkbox"/> 自閉症 <sup>※</sup> 外 <sup>※</sup> ラム症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚・聴覚障害 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
服薬状況	<input type="checkbox"/> 有 (お薬手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無
既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の留意すべき疾患 → ( _____ ) <input type="checkbox"/> 無
付き添い	→ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 無
❖ 障害の程度 (該当する項目に✓をつけて下さい)	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記から選択して下さい) <input type="checkbox"/> 無
身体障害者手帳 (肢体不自由)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級
愛の手帳	<input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 3度 <input type="checkbox"/> 4度
療育手帳	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
精神障害者福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 (←重度 ※全手帳とも左側が重度で右側が軽度 →軽度)
歩行状態	→ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
車いす	→ <input type="checkbox"/> 介助なしでユニットに座れる <input type="checkbox"/> 介助があればユニットに移乗可 <input type="checkbox"/> ユニットに移乗不可
座位の保持	→ <input type="checkbox"/> ユニットに座って診療可 <input type="checkbox"/> じっとして座れない
❖ コミュニケーションについて (該当する項目に✓をつけて下さい)	
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な言葉のみ <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 目で見えたもの (絵カード、ジェスチャー等) で可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
❖ 患者の特性について	
歯科診療の協力度	<input type="checkbox"/> 歯科診療に協力可 <input type="checkbox"/> 絵カード、説明ツールを利用して診療可 <input type="checkbox"/> 抑制具を使用 <input type="checkbox"/> 歯みがき程度はできるが治療は困難 <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> まったくできない <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
感覚過敏	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> ライトが苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 特定の味が苦手 → (苦手な味: _____ ) <input type="checkbox"/> 触られることが苦手 → (部位: _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
❖ 歯科診療で困ったこと/特別な配慮について (自由記載)	

◆ 特記事項

< 歯式 >

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8					
								A	B	C	D	E								
								A	B	C	D	E								
								A	B	C	D	E								
								A	B	C	D	E								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8					

上  
右  
下

上  
左  
下

- < 記入例 >
- 健全歯： /
  - 未処置歯： C
  - 処置歯： ○
  - 要補綴歯： △
  - 欠損補綴歯： ⊙

< 治療経過等 >

病院名・歯科医師名

tel:

mail: