

歯科受診サポート手帳



医療とのより良いコミュニケーションのために

東京都南多摩保健所

なまえ _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

性別 男 ・ 女

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

障害の種類 (○で囲む)
知的障害 自閉症 視覚障害
聴覚障害 重症心身障害
身体障害 (部位: _____)

愛の手帳 _____ 度

身体障害者手帳 _____ 級

障害の程度 (できるだけ詳しく)

.....
.....
.....

コミュニケーションのとり方

.....
.....

興味のあること、好きなこと

.....
.....

苦手なこと

.....
.....

歯科医療機関の方をお願いしたいこと

.....
.....
.....
.....
.....

保護者氏名 _____ 続柄 _____

連絡先

住所 _____

電話 _____

主治医連絡先

病院・医院名 _____

主治医名 _____

電話 _____

主治医からの注意事項 _____

アレルギー 有 ・ 無

服用薬の種類

.....
.....

歯科医療機関・保護者の皆様へ

この歯科受診サポート手帳は、障害があるためにコミュニケーションや言葉の理解などに問題をかかえている方が、適切な歯科医療を受けられるようサポートするために作成しました。

障害の特性や診療時に留意していただきたいことなどの情報を記載した手帳を診療前に提示することにより、歯科医療機関の方々に障害を持つ一人ひとりの特性を理解していただき、円滑に診療を行っていただくためのものです。

受診サポート手帳が、歯科医療機関の方々と障害のある方とのより良い関係づくりに役立つことを願っています。

※ この手帳は、千葉県「受診サポート手帳」をもとに、一部改変させていただきました。

平成22年12月 登録番号(22)7

連絡先：東京都南多摩保健所企画調整課歯科担当

電話042-371-7661

再生紙を使用しています

歯科通院記録

年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----

歯科通院記録

年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----

歯科通院記録

年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----
年 月	むし歯の治療・フッ化物塗布・歯みがき指導・その他()
子供の様子	-----

手帳の書き方

(これは、全て保護者の方が記入してください。)

障害の程度(できるだけ詳しく)

手帳の種類や等級だけでは詳しい症状がわからないので、補足してください。

コミュニケーションのとり方

本人とのコミュニケーションをとる手段を記入

例 言葉では理解できないので、絵や動作などで説明してください。

興味のあること、好きなこと

本人が普段、興味があることを記入

例 好きなキャラクター、好きな歌手

苦手なこと

診療時において、苦手なことや不得意なことを記入

例 白衣が苦手、大きな音が苦手

お願いしたいこと

診察にあたって注意してほしいことを記入

例 1回の診療時間を短くしてほしい。

主治医連絡先

障害について的主治医がいる方は記入を

歯科通院記録

うまく診療できた状況や、できなかった状況を記入