

★まずは医療機関に電話にて相談の上、FAX してください。

歯科受診連絡票

年 月 日

受診者氏名	ふりがな	生年 月日	西暦	年	月	日	歳
住所	〒 TEL						
緊急時連絡先	氏名 TEL						

希望する治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・むし歯の治療 ・歯ぐきの治療 ・歯石を取ってほしい</li> <li>・入れ歯について相談したい ・口の中をきれいに磨いてほしい</li> <li>・健診 ・フッ素を塗ってほしい</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
受診にあたっての希望 (患者本人への対応について等)	例) 大きな声で話しかけられると不安が強くなるので、ソフトな声で。
コミュニケーションの取り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別なことは必要ない ・イラスト (絵) ・手話 ・筆談</li> <li>・ジェスチャー ・その他 ( )</li> </ul>
基礎疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ダウン症候群 ・脳性マヒ ・自閉症 ・注意欠陥多動性障害</li> <li>・てんかん ・その他 ( )</li> </ul>
主な内科疾患名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病 ・高血圧 ・心疾患 ( )</li> <li>・出血性素因 ・その他 ( )</li> </ul>
内科等の主治医 (無・有)	病院または医院名 _____ 医師の氏名 _____ 病院または医院の住所 (〒 - ) _____ 病院または医院の電話番号 _____
現在飲んでいる薬の名前	無 有 (何の薬を飲んでいますか _____)
これまでの歯科治療の経験	有 (地域歯科診療所・病院歯科・口腔衛生センター・びわこ学園・その他) 無 歯科治療中断の有無 無・有 (理由 _____)
受診時の付添いについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人一人で受診 ・家族 ・ヘルパー</li> <li>その他 ( )</li> </ul>

記入者名 \_\_\_\_\_ ( 本人・家族・その他 )