様式２　**歯科健診事前申込書**

歯科医師会、滋賀県歯科衛生士会、滋賀県では、三者が協力して行う事業として、障害者通所事業所において歯科健診・歯科保健指導事業を実施しています。

希望される場合は、下記に必要事項を記入の上お申し込みください。

なお、歯科健診の結果については、事業の振り返りなどに活用するため、個人が特定できないかたち（名前がわからないかたち）で事業所を通じて滋賀県で集約し、集計データを障害者の歯科保健医療対策を検討するための基礎資料とさせていただくことがございますので、ご了承ください。

歯科健診の受診を希望します。　　　　　令和　　　年　　　月

本人氏名　　　　　　　　　　　　（代理の場合）家族氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **ふりがな** | | | | **年齢** | **歳（　　年　　月　　日生）** | | | **性別** | **男・女** |
| **障害名** | |  | | **疾病名** |  | | | | | |
| **かかりつけ医** | | **医療機関名**  **定期的に受診（　　回/　　月）程度**  **何かあれば受診** | | | | | **かかりつけ歯科医** | **歯科医療機関名**  **定期的に受診（　　回/　　月）程度**  **何かあれば受診** | | |
| 1. **指示に対する理解度** | | | **理解している　　　理解できない　　　不明** | | | | | | | |
| 1. **意志の伝え方** | | | **言葉でできる　　　態度でできる　　　できない** | | | | | | | |
| **３）普段の歯磨きは誰がしていますか** | | | **本人のみ　　　　　介助者のみ　　　　本人と介助者**  **その他（　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | |
| **４）うがいの可否** | | | **できる　　　　　できない** | | | | | | | |
| **５）投薬中ですか** | | | **いいえ**  **はい（抗けいれん薬・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））**   * **抗けいれん薬を投薬中の方のみ**   **１）発作の有無　　　あり　　なし**  **２）発作の時期　いつ頃（　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | |
| **６）感染症の有無** | | | **なし　　　あり（Ｂ型肝炎　　Ｃ型肝炎　　ＨＩＶ）** | | | | | | | |
| **特に歯科健診で希望することがあればご記入ください** | | | | | | | | | | |