

スペシャルニーズ歯科カルテ

お名前: \_\_\_\_\_ 様

【患者基本情報】

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日記載

情報提供者: \_\_\_\_\_

カルテ番号: \_\_\_\_\_

氏名・フリガナ: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所: \_\_\_\_\_ 連絡先TEL: \_\_\_\_\_

職業 施設: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

障害名: 知的障害 ・ 脳性麻痺 ・ てんかん ・ 自閉症 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

既往歴と発症年月日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C 脈拍 \_\_\_\_\_ /分

基本的習慣 \_\_\_\_\_ 才 言語理解 \_\_\_\_\_ 才 表現能力 \_\_\_\_\_ 才

感染症: 不明 ・ 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

アレルギー: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

来院方法: \_\_\_\_\_ 所要時間: \_\_\_\_\_ 分

同伴者の時間的制約 \_\_\_\_\_

【感覚・知覚】

コミュニケーションの手段

重要な単語

絵カードなどの使用

[ \_\_\_\_\_ ]

視力障害 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

聴力障害 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

意識障害 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

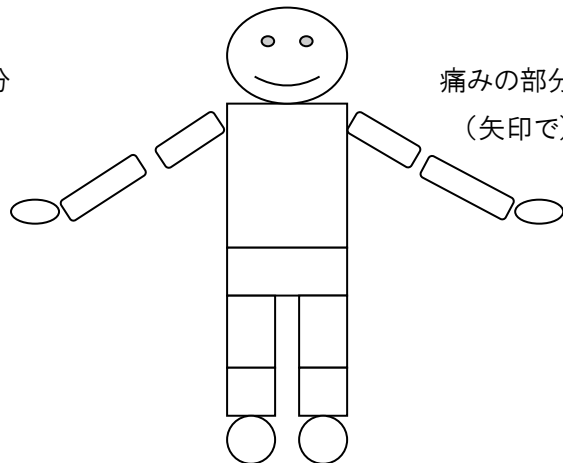
見当識障害 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

記憶障害 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

言語障害 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

麻痺の部分  
(斜線で)

痛みの部分  
(矢印で)



[ 対人関連行動  
攻撃・反抗的・排泄・拒絶的傾向・奇声・叫声  
ひどいいたずら・衝動的発作的他害 ]

**【健康管理】**

歯科治療の経験 無 ・ 有( )  
経験した検査とその状況 (容易:○ 困難:△ 不可能:× 経験ないものには記載しないで下さい)  
採血 ・ レントゲン( 胸部 ・ 歯 ・ その他 ) ・ 心電図 ・ 脳波 ・ その他( )  
使用している薬 薬剤名: \_\_\_\_\_ 使用期間: \_\_\_\_\_  
かかりつけ病院: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

**【栄養】**

開口: 容易に可能 ・ やや困難 ・ 非常に困難  
嚥下: 容易に可能 ・ やや困難 ・ 非常に困難  
咀嚼: 容易に可能 ・ やや困難 ・ 非常に困難  
食事 形態: 流動食 (経管栄養 ・ 経口) ・ ミキサー食 ・ きざみ食 ・ 軟飯菜 ・ 普通食  
介助: 不要 ・ 必要に応じて ・ 全介助

**【排泄】**

失禁 無 ・ 有 ( 尿 ・ 便 )  
トイレ 洋式 ・ 和式 ・ オムツ ・ 障害者用トイレ

**【活動・休息】**

日常生活での奇声 無 ・ 有( )  
不随運動 無 ・ 有 ( )  
痙攣発作 無 ・ 有 ( ) → 対応( )  
移動方法 独歩 ・ 車椅子 ・ 杖歩行 ・ その他 ( )  
体位 A:自立 B:介助 C:全介助  
坐位の保持 ( ) 診療チェアへの移動 ( ) 歩行 ( )  
注意点( )

睡眠パターン 仰臥位での睡眠は 容易 ・ 困難 ( 楽な体位: )  
睡眠時のいびき 無 ・ 有  
圧迫潰瘍 無 ・ 有 部位( )  
安楽な姿勢 : \_\_\_\_\_  
円座・クッションの使用 部位( )

**歯磨き**

本人が する ・ しない 時間: \_\_\_\_\_ 分 使用器具: \_\_\_\_\_  
介助者が する ・ しない 時間: \_\_\_\_\_ 分 使用器具: \_\_\_\_\_

**うがい**

可能 ・ 不十分 ・ 不可能 介助 不要 ・ 要 ( )

**【役割・関係】**

家族構成：\_\_\_\_\_

主に世話をする人：\_\_\_\_\_

(連絡先：\_\_\_\_\_)

**【当院へのご希望】**

悪いところだけ早く治療してほしい( )

歯科恐怖を克服させてほしい( )

治療だけでなく定期健診を含めたメンテナンスをしてほしい( )

**【その他】**

知らせておきたいこと等ありましたらご記載下さい。

**お願い**

しらさぎ形成外科・歯科・美容皮膚科クリニック スペシャルニーズ歯科

当院は過去・現在の治療方法や長期成績を評価して、これからの新しい治療法の開発、確立を目指しています。そのため、あなたの診療記録とともに検査結果や写真などの情報を研究・発表等に使用させて頂くことがあります。これによって将来に病気の診断や予防、治療がより良いものになると期待しています。発表が行われるような場合には、個人が特定できないように配慮し、プライバシーは個人情報保護法に基づいて厳重に保護されます。

この内容をよくお読み頂き理解された上でご同意いただけるかどうかを下記にチェックとご署名ください。ご同意いただけない場合でも患者さんが不利益になることはありません。また、この同意の撤回はいつでも可能です。

上記の目的・方法ならびにその結果の発表において了承し

同意します

同意しません

年 月 日

署名(本人または家族)：\_\_\_\_\_

(患者との続柄：\_\_\_\_\_)

しらさぎ形成外科・歯科・美容皮膚科クリニック スペシャルニーズ歯科 外来

兵庫県姫路市栗山町174-2

スペシャルニーズ歯科専用 TEL:079-284-6480

FAX:079-285-0523

医療法人社団しらさぎ会