

問診票

(ご家族記入用)

記入日：平成 年 月 日

記入者氏名 _____

ご関係 _____

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女
	生年月日：西暦・平成 年 月 日 (年齢 歳 カ月)	
身長： _____ cm 体重： _____ kg (測定日：平成 年 月 日)		

① お口のこと、気になることをご記入ください (○で囲んでください)

- ・むし歯がある ・歯が痛い ・歯の生え方 ・歯肉の腫れ/痛み/出血 ・歯石がある ・口臭がある
- ・歯磨き (口腔ケア) の方法を知りたい ・歯磨きをいやがる ・検診してほしい ・歯並びについて
- ・食べることに ついて ・食事内容について ・クリーニング希望
- ・その他(下にご記入下さい)

② 今まで歯科にかかったことがありますか→ ない ・ ある

あると答えた方、今まで困ったことがありましたか→ ない ・ ある

↳どんな事で困ったか下にご記入下さい

(_____)

③ いつ歯磨き (口腔ケア) をしますか→ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 ・ その他 (_____)

↳主にされる方はどなたですか→ 母 ・ 父 ・ その他 (_____)

↳普通の歯ブラシ以外で何か使いますか→ (_____)

④ 食事はどのようにとりますか (○で囲んでください)

- ・すべて口から食べる 又は 哺乳→・母乳 ・哺乳瓶使用 ・その他 (_____)
- ・「口から食べる」と「鼻からの胃 (または腸) のチューブ」を併用している
- ・胃 (または腸) チューブのみ→チューブの種類→・経鼻胃管 ・ED (腸管) チューブ ・口腔ネラトン ・胃瘻 ・腸瘻

⑤ 食事形態はどのようなものですか (○で囲んでください)

主食：・普通食 ・軟飯 ・粥 ・ペースト ・その他 (_____)

副食：・普通食 ・刻み ・極刻み ・ペースト ・その他 (_____)

⑥ 誤嚥性肺炎と言われたことがありますか→ ・ない ・繰り返す発熱あり (誤嚥疑い) ・ある

⑦ 窒息したことはありますか→ ・ない ・ある ・繰り返す窒息あり

⑧ 拒食傾向はありますか→ ・ない ・どちらともいえない ・ある

どちらともいえない又はあるの場合具体的に (_____)

⑨ 偏食傾向はありますか→ ・ない ・どちらともいえない ・ある

⑩ 口腔ケアの拒否はありますか→ ・ない ・身体ケアに対する拒否あり ・口腔ケアのみ拒否

⑪ 食事中や食後のむせはありますか→ ・ない ・時々ある ・いつもある

⑫ 食事中や食後の痰の増加はありますか→ ・ない ・時々ある ・いつもからむ

⑬ 嘔吐しやすいですか→ ・ない ・時々ある ・いつもある

⑭ 胃食道逆流 (GER) はありますか→ ・ない ・ある

⑮ 身体状況, 口腔, 食事・栄養補給に関する家族のご意向はありましたらご記入下さい。

裏もご記入下さい

お体の状態を教えてください。

出生体重 _____ g ・ 出生週数 _____ 週 ・ (アプガースコア _____ / _____)

① 今までに指摘された病気があれば、病名をご記入ください。

1. 心臓病 (_____) 2. 肝臓病 (_____) 3. 腎臓病 (_____)
4. 肺炎 (いつ頃: _____) 5. ぜんそく (いつ頃: _____)
6. てんかん (頻度: _____ 、発作の様子: _____)
7. 神経筋疾患 (_____)
8. その他 _____

② 主にかかっている医療機関はどこですか → 医療機関名 (_____)
診療科名 (_____) 担当医師名 (_____)

ほかの医療機関・診療科にかかっている場合はすべてご記入ください。

- | | | |
|---------|-----|-------|
| 1. 診療科名 | 病院名 | 担当医師名 |
| 2. 診療科名 | 病院名 | 担当医師名 |
| 3. 診療科名 | 病院名 | 担当医師名 |

③ 医療的ケアはありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある

- ・経管栄養 (ない・経鼻胃管・胃瘻・腸瘻・ _____) ・気管切開 (ない・単純・気管分離)
・酸素投与 (ない・ある) ・人工呼吸器 (ない・ある)
・吸引 (ない・ある) ・その他 (_____)

④ いつも飲んでいる薬はありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある

ある方は薬名をご記入ください。

⑤ アレルギーはありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある

ある場合はご記入下さい → 薬剤 _____ ・食事 _____ ・その他 _____

⑥ 手術を受けたことはありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある

ある場合はご記入下さい

↳ ・手術名 _____ ・医療機関名 _____ ・手術日 _____

⑦ 全身状態で注意してほしいことがありましたら、なんでもご記入ください。

(例: 誤嚥しやすいので吸引を頻回にしてほしい・顔は上向きが苦しいので横向きが良い・骨折しやすいなど・・・)