青森県立あすなろ療育福祉センター診療部歯科　宛て

＜ＦＡＸ：０１７-７６６-４３９６＞

障がい児（者）歯科診療 ＜申込書・依頼書＞　　　　　　　　　　　　　受付№

受付年月日：令和　　　年　　月　　日（　　）　　受付時間：午前・午後　　　時　　　分

以下の□（四角）で囲まれている部分に分かる範囲で必要事項をご記入ください。

|  |
| --- |
| ▽**申込依頼歯科医院名**：　　　　　　　　　　　　　　**歯科医師氏名：**　　　　　　　　　　　　　　▪TEL：　　　（　　　）　　　　　FAX：　　　（　　　）　　　　▪所在地：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　▽**患者氏名**：　　　　　　　　　　　　　　　　▪性別：　男　・　女▪生年月日：Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　月　　日（　　　歳）▪患者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　▪患者自宅 TEL：　　　（　　　）　　　　　FAX：　　　（　　　）　　　　▪連絡の取れる家族のTEL：　　　（　　　）　　　　　　＊患者自宅と同じ場合には記載不要▪付き添い：　無　・　有　　　　付添者属性：①家族、②その他（　　　　　　　　　　　　　　）▽**診療依頼理由**（主訴）：①むし歯の治療、 ②歯が痛い、 ③歯が動いている、 ④歯肉が痛い　　　　　　　　　　　 ⑤歯肉が腫れている、 ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）▽**患者の全身状態等**１）障がいの種類：①知的障がい者、 ②自閉症などの発達障がい者、 ③統合失調症、 ④認知症　　　　　　　　 ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２）肢体不自由の有無：□なし ・ □なしだが多動あり ・ □多少あり ・ □あり　　　　　　　　　　　□筋緊張や不随意運動が著しい３）全身疾患の既往：①先天性心疾患、②ダウン症、③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）４）生活の状況：①自宅のみ、 ②自宅等から通所施設に通所、 ③施設に入所中　　　　　　　　④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）５）コミュニケーションの可否　　□可能　・ □どうにか可能 ・ □不可能６）コミュニケーションの方法　　□会話　・ □文字　 ・ □絵カード７）発達指標：①くつを一人ではけますか　　　□はい ・ □いいえ　　　　　　　②上着を一人で脱げますか　　　□はい ・ □いいえ　　　　　　　③長い・短いが分かりますか　　□はい ・ □いいえ　　　　　　　④色が分かりますか（赤・青・黄・緑）　　　□はい ・ □いいえ８）その他の特記事項（他院へ紹介する詳しい理由）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　▽**かかりつけ歯科医院**：□無 ・ □有　　　　歯科医院名：　　　　　　　　　　　　　＊有の場合 |