

上越版 歯科受診サポートシート

(記入日： 年 月 日)

氏名

年齢 歳 性別(男・女)

学校名

受診理由	・むし歯 　・歯石 　・歯肉炎 　・その他()
保護者記入 待ち時間・診察での配慮事項	Q1. 今までに歯科受診の経験は、ありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない→Q4へ
	Q2. 診察の順番がくるまで静かに待つことができますか？できない場合、どうすれば待てますか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (・静かな場所で待たせてほしい 　・携帯電話で呼んでほしい 　・その他 ())
	Q3. 診察室に入り、診察台に乗って治療を受けることができますか。 <input type="checkbox"/> できる (・口腔内検査 　・歯の清掃 　・歯石除去 　・むし歯治療 　・その他 ()) <input type="checkbox"/> できない (・待合室で診てもらえると良い 　・診察室には入れるが、診察台の上には乗れない ・診察台の上には乗れるが治療はできない (・口は開けない 　・器具が使えない) 　・その他 ())
	Q4. 診察手順の説明や診察を進める上での、伝え方や見通しの持たせ方はありますか。 ・簡潔で具体的な言葉 　・やってみせる 　・診察前の声掛け 　・文字を書く 　・絵カード 　・写真カード ・実物を見せる 　・手順や流れをあらかじめ説明する 　・「始め」と「終わり」を伝える ・ゆとりをもって進める 　・検査等をするとき数を数える ・その他 ()
	Q5. 不安（パニック）になったとき、どうすれば落ち着きますか。 ・家で使っているお気に入りの物を与える 　・音楽を聞く 　・別室へ移る 　・水を飲む 　・しばらく待つ ・その他 ()
	Q6. 好きなもの、極端に怖がるものや嫌いなこと、独特な癖などありますか。 ○好きなもの：お気に入りのキャラクター()・本・スマホ・ゲーム器・その他() ○苦手なこと：暗いところ・注射・触られる（押さえられる）こと・大きな声・その他() ○独特な癖：()
	Q7. 薬は飲みますか <input type="checkbox"/> 飲める (粉末・錠剤) <input type="checkbox"/> 飲めない
	Q8. 過去の診療（病院・歯科医院）で困ったことがありましたか。
	医療機関へ お願いしたいこと (保護者記入)
学校記入 <身長> _____cm <体重> _____Kg	<p><健診時の様子></p> <ul style="list-style-type: none"> ・スムーズに受けられる ・配慮を要する() ・健診困難 () <p><歯みがきの様子></p> <ul style="list-style-type: none"> ・できる() ・支援(仕上げみがき)が必要 <p><診察トレーニングの様子> (実施した場合)</p>