

## 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 ・音楽を聴く ・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	<b>&lt;健診時の様子&gt;</b> ・スムーズに受けられる ・配慮を要する( ) ・健診困難 ( ) <b>&lt;歯みがきの様子&gt;</b> ・できる( ) ・支援(仕上げみがき)が必要 <b>&lt;診察トレーニングの様子&gt;</b> (実施した場合)
<身長> _____cm <体重> _____Kg	