

東京都障害者歯科医療連携 診療情報提供書

記入日	年 月 日
◆ 医療機関情報 (該当する項目に✓をつけて下さい)	
紹介先	様
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 口腔清掃指導 <input type="checkbox"/> 定期管理 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 齲蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯関連 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 全麻・鎮静法 <input type="checkbox"/> 他 () 自由記載
◆ 患者情報 (該当する項目に✓をつけて下さい)	
フリガナ 患者氏名	
生年月日	年 月 日 年齢 歳 ヲ月 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
障害名	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 知的能力障害 <input type="checkbox"/> Down症候群 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬状況	<input type="checkbox"/> 有 (お薬手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無
既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他の留意すべき疾患 → () <input type="checkbox"/> 無
付き添い	→ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無
◆ 患者情報に関する自由記載	
◆ 障害の程度 (該当する項目に✓をつけて下さい)	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記から選択してください) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
療育手帳 (愛の手帳)	<input type="checkbox"/> A (1度・2度) <input type="checkbox"/> B (3度・4度)
(重度 ← ※全手帳とも左側が重度で右側が軽度 → 軽度)	
歩行状態	→ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 要介助
ユニットへの移乗	→ <input type="checkbox"/> 介助なしで移乗可 <input type="checkbox"/> 介助があれば移乗可 <input type="checkbox"/> ユニットに移乗不可
座位の保持	→ <input type="checkbox"/> ユニット上で診療可 <input type="checkbox"/> じっとして座れない
◆ コミュニケーションについて (該当する項目に✓をつけて下さい)	
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な言葉のみ <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 目で見えたもの (絵カード、ジェスチャー等) で可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	
◆ 患者の特性について (該当する項目に✓をつけて下さい)	
歯科診療の協力度	→ <input type="checkbox"/> 歯科診療に協力可 <input type="checkbox"/> 絵カード、説明ツールを利用して診療可 <input type="checkbox"/> 体動のコントロールが必要 <input type="checkbox"/> 歯みがき程度はできるが治療は困難 <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> まったくできない <input type="checkbox"/> 開口器の使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
感覚過敏	→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> ライトが苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 特定の味が苦手 → (苦手な味:) <input type="checkbox"/> 触られることが苦手 → (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()
病院名・歯科医師名	
tel:	mail:

◆ 伝達事項（任意記載）

< 歯式 >

□不明

診査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		E		D	C	B	A	A	B	C	D	E			
上															上
右															左
下															下
		E		D	C	B	A	A	B	C	D	E			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

- < 記入例 >
- 健全歯： /
 - 未処置歯： C
 - 処置歯： ○
 - 要補綴歯： △
 - 欠損補綴歯： 欠補

< 治療経過、特別な配慮、歯科診療で困ったこと等 >