

別紙様式

口腔衛生センター受診依頼票

_____年 月 日

滋賀県歯科医師会
口腔衛生センター 行き

記入者氏名※ _____

連絡先（電話番号） _____

※ 本依頼票は、受診を希望する本人および保護者ならびに生活支援に携わる障害福祉サービス関係者等の支援者が作成できます。

受診の予約が円滑に進むよう、本依頼票を作成後に、口腔衛生センターへの電話連絡にご協力をお願いします。

滋賀県歯科医師会口腔衛生センターへの受診を希望しますので、診療等についてよろしく
お願いします。

受診希望者

氏名 _____

生年月日 _____年 月 日



ご記入者様へ

受診希望者に関する以下の事前問診にご協力をお願いします。

1 口腔衛生センターの受診を希望する理由について、該当する項目すべての□に✓を記入してください。

※ いずれにも該当しない場合は、いったん地域の歯科医療機関に受診していただくようお願いすることがありますのでご了承ください。

自閉症スペクトラム症（自閉症、広汎性発達障害、アスペルガー症候群等）の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。

知的障害の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。

- 脳性まひの診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- ダウン症の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- てんかんの診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- 筋ジストロフィーの診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- 肢体不自由（部位：_____）の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- パニック障害の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- うつ病の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- 双極性障害の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- 統合失調症の診断を受けた、またはその疑いがあると指摘されたことがある。
- 歯科治療恐怖症と指摘されたことがある。
- 歯医者での治療をどうしても嫌がる子どもである。
- 地域の療育教室等の発達支援に関するサービスを利用している
 - 利用施設・サービス名※（ _____ ）
 - 施設・サービス連絡先※（ _____ ）
- 特別支援学校に通っている。
 - 特別支援学校名※（ _____ ）
 - クラス名※（ _____ ）
- 特別支援学級に通っている。
 - 学校名※（ _____ ）
 - 学級名※（ _____ ）
- 障害福祉サービスを利用している。
 - 利用施設・サービス名※（ _____ ）
 - 施設・サービス連絡先※（ _____ ）

※ 円滑な診療のためにつなげるため、口腔衛生センターから施設、学校に連絡して普段の生活状況や苦手なことなどを聞き取ることがあります。また、医科（小児科、精神科など）との連携が必要な場合、歯科のある病院へ紹介させていただく場合がございますので、ご了承ください。

2 希望する歯科治療の内容に該当する項目すべての□に✓を記入してください。

- むし歯がある 痛い 出血する 腫れている
- 詰め物、かぶせ物が取れた 歯を抜いてほしい 歯石を取ってほしい
- 入れ歯が壊れた 入れ歯を作ってほしい 検診してほしい
- その他（具体的に： _____ ）

