

診療情報提供書

(紹介先医療機関名)

先生御机下

年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名 称

電話番号

医師氏名

㊞

フリガナ				性別	☐ 男	☐ 女
患 者 氏 名	様			☐ 自宅	☐ 入所施設	☐ その他
患 者 住 所 電 話 番 号	〒 TEL					
生 年 月 日	西暦 年 月 日 歳					
身長・体重	身長	cm	体重	kg	BMI	
主訴 傷病名						
紹 介 目 的						
障 害 名	☐ 知的能力障害 ☐ 発達障害(☐ 自閉スペクトラム症 ☐ ADHD ☐ LD) ☐ ダウン症候群 ☐ 脳性麻痺					
	☐ その他()					
	発達年齢：約 歳 カ月		IQ:		療育手帳 ☐ なし ☐ あり (A ・ B)	
	身体障害者手帳 ☐ なし ☐ あり (級)		精神障害者保健福祉手帳 ☐ なし ☐ あり (級)			
既 往 歴	☐ てんかん ☐ 心疾患 ☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ 脳血管疾患 ☐ 消化器疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺疾患					
	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 (☐ その他)					
既往歴の病状						
家 族 歴						
医科主治医	☐ なし ☐ あり					
	医療機関名・主治医：					
常 用 薬	☐ なし ☐ あり					
	薬品名：					
アレルギー	☐ なし ☐ あり					
	☐ 薬剤 ☐ 食物 ☐ その他					
	内容：					
出血性素因	☐ なし ☐ あり (理由：)					
全身麻酔経験	☐ なし ☐ あり					
	回数： 回 疾患名： 医療機関：					
移動手段	☐ 自力歩行 ☐ 介助歩行 ☐ 補装具 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()					
食事摂取方法	☐ 経口摂取 ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ その他 ()					
食形態	☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ トロミ ☐ その他 ()					
コミュニケーション	☐ 可能 ☐ 簡単な言葉のみ ☐ 発語はないが理解可能 ☐ 絵カードやジェスチャー					
	☐ 困難 ☐ その他 ()					
生活態度	☐ 静かでおとなしい ☐ 声が出る ☐ ごだわりが強い ☐ 初めてのことは怖がる ☐ 多動					
	☐ パニックを起こす(どんな時) ☐ 自傷行為がある ☐ 他害行為がでることがある ☐ その他					
感覚過敏	☐ なし ☐ 音が苦手 ☐ ライトが苦手 ☐ においに敏感 ☐ 特定の味()が苦手					
	☐ 触れられるのが苦手 ☐ その他 ()					
今までの歯科治療経験	☐ なし ☐ あり (☐ 予防 ☐ 修復 ☐ 補綴 ☐ 抜歯 ☐ その他)					
	ありの場合、用いた行動調整法： ☐ 通法 ☐ 行動変容法 ☐ 絵カードなどの視覚支援					
	☐ 体動コントロール(☐ 反射抑制体位 ☐ 抑制具 ☐ 徒手固定)					
	☐ 笑気吸入鎮静法 ☐ 静脈内鎮静法 ☐ 全身麻酔法 ☐ その他 ()					
症 状 経 過 検 査 結 果						
治 療 経 過 現 在 の 処 方						
添 付 資 料	☐ X-P ☐ CT ☐ 採血結果 ☐ ECG ☐ 個人チェックリスト ☐ 薬手帳コピー ☐ その他					
	() 返却 ☐ 要 ☐ 不要					
診察時の留意点						
備 考						