

～障害のある方やご家族、歯科医療機関の皆さまへ～

# 「歯っぴいサポート手帳」を (歯科受診サポート手帳) 使ってみませんか

富山県では、障害のある方とご家族が、より安心して身近な歯科医療機関に受診していただけるよう、一人ひとりの特性や歯科治療時に配慮してほしいことなどを事前に記入して利用していただく「歯っぴいサポート手帳」を作成いたしました。是非、ご活用ください。

## ◆ 手帳を利用される皆さまへ

障害のある方が歯科医療機関で診察や治療を受けるにあたり、コミュニケーションのとり方や説明指示など配慮をお願いしたいことをご記入のうえ、受付に提出してください。なお、この手帳はあくまで説明のきっかけをつくるためのものであり、歯科医療機関で優遇措置を受けたり、主治医からの紹介状の代わりになるものではありません。

## ◆ 歯科医療機関の方へ

障害があるために言葉の理解などコミュニケーションが得にくく、適切な医療が受けられない場合があります。この手帳は、配慮が必要な方が安心して受診できるように本人や家族の方が事前に歯科医療機関にお知らせしたいことを書き込んだものです。記載されていないことについては、ご家族等にお聞きください。ご理解とご協力をお願いいたします。

## ◆ 手帳が置いてあるところ

- ・ ご利用の児童福祉関係施設や特別支援学校
- ・ 富山県歯科保健医療総合センター
- ・ 富山県庁健康課



※手帳の内容や記入の仕方については、裏面をご覧ください。

<お問い合わせ先>

富山県厚生部健康課母子・歯科保健係  
TEL 076-444-3226



A6判 (A3判8つ折り)  
ビニールカバー付き

名前 ふりがな 元氣 創造 **けんき そうぞう**

愛称・呼び名 **そうちゃん**

生年月日  昭和  平成15年 2月25日

性別  男  女

障害の種類  知的障害  自閉症  
 他の発達障害  重症心身障害  
 高次脳機能障害  精神障害  
 身体障害 ( **歩行障害** )

手帳の種類  療育手帳  B級  
 身体障害者手帳  級  
 精神障害者保健福祉手帳  級

てんかん  あり  なし  
 誘発する原因等

自傷・他傷  なし  自傷あり  他傷あり

8

既往歴等  てんかん  
 喘息  肝炎  腎臓疾患  高血圧  その他 ( )

既往歴やアレルギー  
 歯科治療に影響する場合がありますので、現在かかっている、またはかかった病気、アレルギーなどについて必ずご記入ください。

現在のかかりつけ医 **いきいきクリニック**  
 医療機関名  
 連絡先TEL **076-118-6024**

アレルギー  薬 (鎮痛剤、抗生物質、局所麻酔薬等)  
 物質 (ゴム、金属等)  
 食品 (卵、果物等)  
 その他 ( )

現在服用中の薬  
 ※服薬中の薬剤情報提供書を必ずご持参ください。  
 特別注意が必要なお薬:

10

在籍学校名  
 連絡先住所  
 TEL

通園(市)施設名 **歯っぴい幼稚園**  
 連絡先住所 **△△市○○町8020**  
 TEL **076-118-8020**

入所施設名  
 連絡先住所  
 TEL

保護者氏名 **元氣 新世紀**  
 (続柄) **父**  
 連絡先住所 **△△市□□町0604**  
 TEL **076-118-0604**

9

得意なこと、好きなもの、興味関心やごこだわりがあること  
 得意なこと  
**絵を描くこと**  
 好きなもの、興味関心があること  
**ミッキー**  
 ごこだわりがあること  
**全員にあいさつすること**

苦手なこと、嫌いなこと  
 音や光 **急に聞こえたり見えたりすること**  
 臭いや味  
 姿勢など  
 その他 ( )

パニック時の対応方法  
**一度部屋の隅に行かせて、ミッキーのぬいぐるみを持たせると落ち着きます。**

パニックを起こされた時に、ご本人が早く安心されるための対応方法をお知らせください。

11

歯科医療機関へ伝えたいこと  
 口腔に関する療  
 いつも口を開けている  
 指をしゃぶる (吸指癖)  
 つめを咬む (咬爪癖)  
 舌を突き出したり、動かす  
 くちびるを吸ったり咬む (咬唇癖、咬舌癖)  
 歯ぎしりをする  
 その他 ( )

歯みかきなどの習慣  
 フラフラーが利用できる  
 毎日歯みがきをしている 1日 3回  
 朝食前  朝食後  夕食後  
 就寝前  間食後  決まっていない  
 本人のみ  介助者のみ  本人と介助者  
 歯みかき刷りが使える  
 その他 ( )

歯科の受診経験  あり  なし

12

手足の抑制または体の抑制について  
 治療のため必要なら願います  
 望まない  
 (最低限または応急的な治療となることや受診回数が多くなるなど時間を要することを了解する)  
 任せる  
 その他 ( )

治療の内容や手順の説明について  
 本人のみ  
 本人と保護者等付添い者の両者  
 保護者等付添い者のみ  
 その他 ( )

その他、伝えたいこと  
 歯科治療に対して大変不安  
 待合室で待つことが苦手  
 子どもの泣き声が苦手  
 音楽やテレビが苦手  
 白衣が苦手  
 近くに物があると気になる

14

以前の歯科治療でできたこと・できなかったこと  
 「上手にできた」は○、「抑えて何とかできた」は○、「練習中」は△、「できなかった」は×を入れます。

(○) 診療台に座る  
 (○) 診療台で横になる  
 (○) ライト(照明)をあてる  
 (○) 口をあけて見せてくれる  
 (×) 先の尖った器具を口に入れる  
 (×) ピンセットを使う  
 (○) 風(空気)と水が出る器械を使う  
 (○) 水を吸う器械を使う  
 ( ) 歯の汚れを赤く染める  
 ( ) 他の人に歯を磨いてもらう  
 ( ) 歯のレントゲン写真を撮る  
 ( ) □全体のレントゲン写真を撮る  
 ( ) 麻酔の注射をする  
 ( ) 歯を削る器械を使う  
 ( ) 歯を抜く  
 ( ) 歯や口の型(印象)を探る  
 ( ) その他 ( )

体験したことのみご記入ください。

13

急に診療台を倒したり、皮膚に触るとびくつきする  
 「おはよう」「ありがとう」「さようなら」などのあいさつができる  
 「ごっちにおいて」「いすにすわって」などの簡単な指示に従うことができる  
 自分の感情をほかの人に伝えることができる  
 1から10までを数えることができる  
 ゆっくり話しかけることができる  
 絵や写真、動作などで説明することができる  
 ほめられるとがんばれる  
 その日の診療内容をあらかじめ知っていればがんばれる  
 保護者が診察室の中まで付き添った方ががんばれる  
 次のような物があるとがんばれる  
 その他

15