

■1 口腔に関しておたずねします。

(1)現在お口の中のことで、何か困っていることはありますか？ ある・ない

↓「ある」とお答えの方におたずねします。

- | | |
|---------------|---------------------|
| a 歯が痛い | g 入れ歯が合わない、入れ歯を作りたい |
| b 歯がグラグラする | h 差し歯や詰め物が取れた |
| c 歯茎から出血がある | i 歯の健診を受けていないので気になる |
| d 食べ物が飲み込みにくい | j 何か違和感がある |
| e 口臭が気になる | k 歯が(一部)ない |
| f 歯石がたまっている | l 虫歯がある |
| | m その他() |

(2)かかりつけの歯医者さんはいますか？ いる・いない

(3)歯医者さんに通ってますか？ または歯医者さんで受診をしたことはありますか？

はい (1年以内・2年前・3年以上前) ・ いいえ ⇒ 裏面へ

↓↓↓↓↓

↓「はい」とお答えの方におたずねします。

ア 歯医者さんを受診した理由は何ですか？(複数回答可)

- | | |
|-----------------|----------------------|
| a 歯が痛かった | g 入れ歯が合わなかった、作ってもらった |
| b 歯がグラグラしていた | h 差し歯や詰め物が取れたから |
| c 歯茎から出血があった | i 何か違和感があったから |
| d 食べ物が飲み込みにくかった | j 定期健診を受けるため |
| e 口臭が気になっていた | k 全身麻酔治療を受けるため |
| f 歯石を取るため | |
| l その他() | |

イ 歯医者さんで受診する際、困ったことがありますか？(複数回答可)

- a 受け入れてくれる歯医者さんを探すことが大変だった。
- b 歯医者さんでの受診を断られたことがある。
- c 他の受診者へ迷惑をかけていないか気になった。
- d 治療をするのに、かなりの時間がかかった。
- e 治療の期間が長すぎて続かなかった。
- f 段差があり、希望の歯医者さんに行けなかった。
- g 自分で歯医者さんまで行くことができない。
- h 本人が歯の治療をするのを怖がっていた。または嫌がっていた。
- i 本人がいやがるため、治療が進まない、または中断している。
- j その他()

↓「いいえ」とお答えの方におたずねします。

ウ 歯医者さんで受診したことがない理由は何ですか？(複数回答可)

- a 虫歯がないから。歯のトラブルはない。
- b 少しは気になっているが、行く必要がないと思うから。
- c 歯の治療をするのが怖い。嫌い。
- d 歯医者さんに行く事がはずかしい。
- e 受け入れてくれる歯医者さんを探すことが大変だった。
- f 歯医者さんでの受診を断られたことがある。
- g 他の受診者へ迷惑になると思ったから。
⇒福祉施設や公民館などで歯科健診があれば、行ってみたいですか？
(はい・いいえ)
- h 自分で歯医者さんまで行くことができない。
- i 連れて行ってってくれる人がいないため、受診していない。
- j 受診しようとしたが、歯医者さんで断られた。
- k 障がい者の歯科治療を受け入れてくれる歯医者さんがわからない。
- l 本人がいやがるため、治療が進まない、または中断している。
- m 本人がいやがるため、歯医者さんでの治療は難しいと思ったから。
- n 特に理由はない。
- o その他 ()

■ 2 自由意見欄 口腔に関する、要望・質問などなんでも記載してください。

歯医者さんや福祉保健所、福祉関係者等に要望やご意見はありますか？

たとえば・・・

- ア 本人や子供を治療するときに、介助できる人が欲しい。
- イ 自分たちでは歯医者さんに行きにくいので、訪問健診をして欲しい。
- ウ 障がい者や障がい児を見てくれる専門の歯医者さんに行きたい。

記入者	本人 ・ 家族(代筆や聞き取り) ・ 事業所職員等(代筆や聞き取り)							
■ 3	あなた(障がい者等本人)についておたずねします。							
	ご記入できる範囲でお願いします。			性別	男性 ・ 女性			
年齢	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70歳以上
種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級 2級 3級 4級 5級 6級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A1 A2 B1 B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級 2級 3級) <input type="checkbox"/> 手帳は持っていない⇒(身体 知的 精神 発達障害 高齢者)							
歯医者へ行くときに	車イス等で (全介助 ・ 一部介助) が必要。 (自立(介助無し)) している。 詳細(視覚・聴覚・言語・そしゃく・肢体・内部障害)に障がいがある							

ご協力、ありがとうございました。

用紙が足りない場合は、お手数ですが複写してご記入願います。