

問診表

記入日

年 月 日

ふりがな お名前	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
ご住所 〒	電話番号	— —
	携帯電話	— —
勤務先	勤務先電話	— —

以下の質問に該当するものすべてに○印をつけてください。

1. 当院へ来られた動機をお聞かせください。

- ① 家族が来ている (父・母・夫・妻・祖父母・子供・兄弟)
- ② 知人が来ている (お名前)
- ③ インターネットを見て ④ 職場が近い
- ⑤ 近所 ⑥ ロコミ ⑦ その他 ()

2. 前回歯科治療を受けられたのはいつですか？

年 月 前 (病院名)
 (転院理由：例 遠かった・予約が取れなかった・処置が痛かった
 その他)

3. 今日は何の部位がどのような症状ですか？

- | | | | | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|----|----|--|--|
| 右上 | 上前 | 左上 | 右下 | 下前 | 左下 | | |
| ● 歯が痛い | ● 歯がしみる | ● むし歯がある | ● 顔が腫れた | | | | |
| ● 歯茎が腫れた | ● できものができた | ● 血が出る | ● 口臭が気になる | | | | |
| ● 冠が外れた | ● 詰め物がとれた | ● 舌が気になる | ● 顎が開かない | | | | |
| ● 顎が痛い | ● 入れ歯が痛い | ● 入れ歯が壊れた | ● 入れ歯を入れたい | | | | |
| ● 検診 | ● 歯石を取りたい | ● インプラント希望 | | | | | |
| ● フッ素塗布希望 | ● その他 () | | | | | | |

4. アレルギーはありますか？

- ない
- ある → 薬・食物・金属・その他 ()
 詳細 ()

5. 麻酔の注射や歯を抜いた時、何か異常はありませんでしたか？

- ない
- ある → ① 気分が悪くなった ② 大量の出血 ③ 貧血になった
 ④ その他 ()

6. 今までに病気や手術をしたことがありますか？

- ない
- ある → ① 高血圧性疾 (/) ② 虚血性疾患 ③ 不整脈
 ④ 心不全 ⑤ 脳血管障害 ⑥ 喘息
 ⑦ 慢性気管支炎 ⑧ 糖尿病 (HbA1c . %) ⑨ 心臓病
 ⑩ 肝炎 (A・B・C・他) ⑪ 甲状腺機能低下症 ⑫ 甲状腺機能亢進症
 ⑬ 副腎皮質機能不全 ⑭ てんかん
 ⑮ 慢性腎臓病 (腎代替療法を行なっている方に限る)
 ⑯ 人工呼吸器を装着している又は在宅酸素両方を行なっている
 ⑰ その他・手術など ()

裏面にもご記入ください

7. 現在服用しているお薬はありますか？

- ない
- ある → (病名 _____ 薬剤名 _____)
(病院名 _____ 担当医 _____)

8. 歯ブラシ以外の清掃用品は使っていますか？

- 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前
- 電動ブラシ ・ フロス ・ 歯間ブラシ ・ その他

9. 喫煙されていますか？

- いいえ
- はい → (1日 _____ 本/喫煙期間 _____ 年) 銘柄 (_____ / mg)
- 以前していた → (_____ 年前/1日 _____ 本/喫煙期間 _____ 年)

10. 習慣的に飲まれている飲料はありますか？

- 炭酸飲料 コーヒー スポーツ飲料 乳酸菌飲料
- ジュース その他 (_____)

11. 女性の方へ

- 妊娠の可能性がある 妊娠中 (_____ ヶ月) 授乳中

12. この受診で

- ① 悪いところは全部治したい
- ② 希望の所のみ治療

13. 治療に対するご希望はありますか？

- ① すべて保険の範囲内で治したい
- ② 場合によっては自費でもよい (話を聞きたい)
- ③ 最も良い材料と方法で治療したい (自費治療)

14. 型採りで気持ちが悪くなったことはありますか？

- ない ある

15. 通院に都合の良い曜日・時間帯はありますか？

- いつでもよい 月 火 水 金 土 (時間帯 _____)

16. この中で興味のあるものはありますか？

- ホワイトニング エアフロー (着色除去) 銀歯を白い歯へ 歯周再生治療
- 入れ歯 (金属床) スマートデンチャー (バネのない入れ歯) インプラント
- マウスピース (歯ぎしり・顎関節症・スポーツ)

17. 治療後の定期検診について

- 希望する 希望しない

※その他ご要望があればご記入ください