

問診票

No. _____

ふりがな
氏名 _____ 男・女 _____ 歳 (生年月日:M・T・S・H・R . . .)

住所 〒 _____ 電話番号 (自宅) _____
(携帯) _____

以下の各項目について、番号に○を、必要に応じて()内をご記入ください。

1. 歯科の受診は初めてですか？

- ☞ 1. はじめて 2. 行ったことがある(どのくらい前ですか?・・・()位前
2. と答えた方・・・当院の受診初めてですか? ☞ 1. はい 2. 以前に来たことがある()位前

2. 今日はどうされましたか？

- ☞ 1. むし歯 2. 歯周病 3. 詰め物が取れた 4. 入れ歯 5. 健診 6. 口腔ガン検診
7. クリーニング 8. ホワイトニング 9. 歯並び相談 10. その他()

3. 痛みはありますか？

- ☞ 1. はい (いつから:) 2. いいえ

4. これまで歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ☞ 1. はい 2. いいえ

5. 治療に対するご希望がありますか？

- ☞ 1. 全部治したい 2. 応急処置のみ 3. 口腔ガン検診のみ
2. 3. と答えた方・・・理由は? ☞ 1. 他にかかりつけ歯科がある 2. 忙しくて通えない 3. その他
☞ 1. 保険の範囲内で治したい 2. 自費診療でもかまわない 3. 相談の上決めたい

6. 1年以内に健康診断を受けていますか？ ☞ 1. はい 2. いいえ

7. 血圧は? ☞ (1. 高 2. 正常 3. 低) (/) ・わからない 降圧剤服用(有・無)

8. 全身的な病気で以前治療を受けた、または現在治療を受けているものに○をつけてください。

- ☞ 1. ない
2. ある 心臓病 不整脈 糖尿病 高血圧 低血圧 喘息 肝炎(型) HIV
その他()

9. 歯科治療に特に関連のある事項についてお尋ねします。

- ☞ 1. アレルギー (薬・食物・金属・花粉・ハウスダスト・ラテックス・その他:)
2. 血が止まりにくい 3. 麻酔が効きにくかったことがある 4. 脳貧血を起こしたことがある
5. 急に意識がなくなったことがある(ショック) 6. 糖尿病 7. 骨粗鬆症 8. 蓄膿症
9. 過呼吸 10. 妊娠(カ月)

10. 現在服用中のお薬がありますか? ☞ 1. はい・・・お薬手帳(持っている・持っていない) 2. いいえ

薬剤名	処方を受けた病院名	診療科名

※心療内科、精神科、婦人科などの治療薬が歯科治療に関係して合併症を起こすことがあります。
お薬の申告にご協力お願いします。

11. その他、ご相談などがございましたら、何でもご記入ください。

◆生活習慣について

①歯磨き

《時間帯》起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

《1回の時間》()分程度

《使うもの》歯ブラシ フロス 歯間ブラシ その他()

②喫煙習慣 なし あり 過去にあり

③睡眠時間 1日平均()時間程度

④習慣的によく飲むもの なし あり()

⑤間食 しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

大久保歯科医院