

# 医療法人慈愛会 医科歯科連携：問診票（2枚あります）

カルテ No. \_\_\_\_\_ 受付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2019.3改定 作成 H.Hayashi

当院は予防歯科に力を入れており、3ヶ月毎の定期検診を推奨しております。

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日 生まれ 歳
現住所	〒 _____			
連絡先電話番号	自宅	携帯	ご職業	

## 当院スタッフ記入

★★★

### 診療時確認事項

- HT DM BP 製剤 抗凝固薬 薬剤アレルギー 感染症（肝炎等）  
IE 予防 副腎皮質ホルモン剤 抗てんかん薬 免疫抑制剤 抗 RA 薬  
妊娠中 向精神薬 周術期管理中 ペースメーカー その他★注意★

安心・安全な歯科診療のために全身的な状態を知ることは非常に大切なことです。

医科と歯科連携のため、下記質問へのご回答と必要事項の記入をお願いします

※お薬手帳や検診時の血液検査結果などありましたらスタッフにお見せください

■来院された理由を具体的にご記入ください。

部位：歯、顎、歯肉、咽頭、リンパ節（顎下、舌下）その他（\_\_\_\_\_）

症状： \_\_\_\_\_ ※いつ頃からですか/どんなときに症状がでますか/症状に変化ありますか

※ 痛みがある場合（0～10だといくつぐらいですか？下記に○印をつけてください）

（痛みがない）←0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10→（最悪な痛み） NRS：\_\_\_\_\_

**検診**：定期検診 周術期口腔管理（今後手術などの予定のある方） 妊婦健診 糖尿病検診 がん検診

**気になる**：口臭、歯の色（クリーニング）、歯並び（歯列矯正）、むせる（嚥下）、親知らず、口が乾く

**特殊診療**：インプラント、顎が痛い、高濃度ビタミンC、セカンドオピニオン、歯周病外科治療

ホワイトニング PMTC（特殊クリーニング） 訪問診療 連携病院への紹介

■口腔について

最後に歯科診療を受けたのはいつですか？ ( )日前 ( )週間前 ( )か月前 ( )年前

当院 他院 ( ) ⇒現在は、完治した 通院中 途中で止めた

■歯科診療に際しお願いしたいことがありますか。

→

例：腰や背中が痛いので倒さないでほしい/頭にクッションがほしい/通院に際しスタッフに介助をお願いしたい/大きな声で話してほしい

■治療の希望について 予防の観点から定期検診を受けお口をきれいに保ちたい 症状のある場所だけ

■来院希望の曜日・時間帯を教えてください

月 火 水 木 金 土 / 午前 午後 その他 ( \_\_\_\_\_ 時頃)

■アレルギーはありますか？（例：薬、ゴム、金属、食物、ヨードなど）（はい いいえ）

■これまでに歯を抜いたことや麻酔をしたことがありますか？（はい いいえ）

■歯科治療中に気分が悪くなることはありませんか？（はい いいえ）

■食事のときにむせることがありますか？（はい いいえ）

■階段を休まずに2階まで上がり、当院へ通院できますか？（はい いいえ）

■喫煙しますか？  現在もしている  以前していた  今まで喫煙していません

1日の喫煙数【 本/日】 喫煙年数（ 年）

■飲酒はしますか？（はい いいえ）

頻度（毎日・毎週・時々） 種類（ビール・日本酒・焼酎・ワイン） 量（杯、合、本）

■女性の方へ 現在  妊娠している（ 週）→授乳していますか（はい・いいえ）  妊娠していない

### —DH チェック事項— : DH

■生活習慣について教えてください。 ※ご希望があればお口にあった歯ブラシや歯磨剤、洗口液などを処方できます

#### 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

【歯ブラシ以外で使うもの】  糸式ようじ  歯間ブラシ  ワンタフト  電動歯ブラシ  フッ素

②睡眠時間は、1日平均（ ）時間程度

③習慣的によく飲む（食べる）もの  あり  なし（珈琲・お茶（砂糖の有無）、牛乳、スポーツ飲料、お酢）

④間食は、 しない  規則正しく摂る  不規則に摂る（1日 回/何を食えることが多いですか）

### —Dr チェック事項— : Dr

■既往歴、治療中の病気はありますか。また手術、入院したことはありますか？（はい いいえ）

具体的にお書きください→

狭心症、心筋梗塞、不整脈、先天性心疾患、脳梗塞、脳出血、高血圧、ペースメーカー、難聴

糖尿病、喘息、骨粗鬆症（期間）、がん（抗がん剤や放射線治療）、腎臓病・人工透析管理、肝臓病・肝炎、ベーチェット、結核、HIV

胃潰瘍・十二指腸潰瘍・逆流性食道炎、甲状腺疾患、貧血、血小板減少症・血友病、膠原病・関節リウマチ、副鼻腔炎、掌蹠膿疱症

発達障害（先天性疾患）、てんかん、自律神経失調症・精神疾患・抑うつ、認知症、サルコペニア・フレイル・ロコモ、パーキンソン病

■全身のご病気でかかりつけの病院はありますか？（はい いいえ）

→病院（診療所）： 診療科 担当医師

■現在服用している薬はありますか。また体調はいかがですか（熱はありますか）（はい いいえ）

→具体的に記入してください（微熱、下痢、よく寝れない）

■薬のアレルギーはありますか？ →具体的に（はい いいえ）

■血が止まりにくいと言われたことがありますか？（抗血小板/抗凝固/素因）（はい いいえ）

ありがとうございました。

通院に際し、お困りの点などありましたらお気軽にご相談ください

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。