

問診票

お口の中の健康状態を診断するにあたり、以下の質問は重要な資料となりますので、正確にお答え下さいますよう宜しくお願い申し上げます。 記入日 平成 年 月 日

| | | | |
|------|--------------------|-------|---------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | T・S・H 年 月 日 (歳) |
| 住所 | (〒 -) | | |
| 電話 | 通常連絡先 | 緊急連絡先 | (本人携帯・< >携帯) |
| 職業 | 記入者 本人・その他(氏名 関係) | | |

1. どうなさいましたか？ 簡単にご記入下さい。

いつから？

お困りの場所は？

どのようなときに一番お困りですか？

お痛みはありますか？ 大変痛い・痛い・少し痛い・痛みはない

2. 現在 何かの病気で医師の治療を受けていますか？または持病がありますか？ はい・いいえ
はいの方→ 病名 _____ 最新の血圧 (上 /下)
 病院名 _____ 最新のHbA1c ()

3. お薬は飲まれていますか？(漢方薬・サプリメント類も含めてお答え下さい。) はい・いいえ
はいの方→ 理由 _____ (お薬手帳をご提示の方は
 薬品名 _____ ご記入の必要はありません。)

特に骨粗鬆症の薬でフォサマック・ボナロン・アクトネル・ベネット等を飲んだり、注射したことのある方
→いつから、いつ迄？ (年 月 ~ 年 月迄・現在服用中)

4. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ はい・いいえ
はいの方は当てはまる番号に○をして下さい。
1.心臓疾患 2.B型肝炎・C型肝炎 3.腎臓疾患 4.胃腸疾患 5.糖尿病 6.血液疾患
7.貧血 8.リウマチ 9.結核 10.内分泌疾患 11.アトピー 12.ぜんそく
13.肝臓疾患 14.HIV 15.ベーチェット病 16.その他()

5. 過去に歯科治療(歯科麻酔を使用した後など)で体の具合が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ
6. 過去に歯を抜いたりケガをしたあと、血が止まりにくかったことはありますか？ はい・いいえ
7. 薬や食べ物、ヨードやゴムでジンマシン、その他の異常な反応が起こったことはありますか？ はい・いいえ
はいの方→ なにで起きたかご記入下さい ()

8. 口が開けにくい、開けるときに雑音がある等、アゴの関節に症状はありますか？ はい・いいえ

9. 現在妊娠中・妊娠の可能性有 又は 授乳中ですか？ はい・いいえ

はいの方→ 妊娠 ヶ月・授乳中

10. 来院希望の曜日があれば、印を付けて下さい。

月 火 水 木 金 土

11. 来院希望の時間帯に、線を入れて下さい。 例)

午前9:30 10:30 11:30 午後2:30 3:30 4:30 5:30

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

受付時間

AM9:30 ~ 12:00
PM2:30 ~ 6:00
* 水曜日の午後は
PM2:30 ~ 4:00
土曜日は
AM9:00 ~ 12:00
PM2:30 ~ 5:30

*2ページもご記入下さい。

12. ご家族に下記の病気を持っている、あるいは持っていた方がいますか？ はい・いいえ

はいの方は当てはまる番号に○をして下さい。(家族とは両親,祖父母,叔父,叔母,配偶者についてです。)

- 1.糖尿病 2.心臓疾患 3.高血圧 4.血液の病気 5.がん
6.アトピー 7.ぜんそく 8.ベーチェット病

13. 最近2週間の体調についてお伺いします。(当てはまる番号に○をして下さい)

- 1.良好 2.普通 3.不良

不良の方は具体的にご記入下さい。例) 微熱が続いている。下痢が続いている。よく眠れない。
()

14. 当医院をお選びいただいたのはなぜですか？(当てはまる番号に全て○をして下さい。)

- 1.近いから 2.健康についての知識が得られると聞いたから 3.丁寧に説明してくれると聞いたから
4.知人の勧め(氏名) 5.家(親)族の勧め(氏名)
6.ホームページを見て 7.ネット検索 8.その他()

15. 当医院では予防に力を入れています。お口のお手入れに関して教えて下さい。

(□にチェック、またカッコ内にご記入をお願いします。)

・歯磨きをするのは 起床後 食後(朝 昼 夕) 就寝前

・1回の時間は ()分くらい

・歯ブラシ以外にお使いの物がある方はご記入下さい。

| | 使用頻度 | | | 使用するタイミング |
|---------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| デンタルフロス | <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 週に何度か | <input type="checkbox"/> 月に何度か | <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他 |
| 糸式ようじ | <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 週に何度か | <input type="checkbox"/> 月に何度か | <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他 |
| 歯間ブラシ | <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 週に何度か | <input type="checkbox"/> 月に何度か | <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他 |
| ワンタフト | <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 週に何度か | <input type="checkbox"/> 月に何度か | <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他 |

・フッ素は使いますか？ 使わない 使う(ジェル うがい用 歯磨剤(すすぎは1回))

どのくらいの頻度でお使いですか？ 毎日 週に何度か 月に何度か

いつ使いますか？ 朝 昼 夜 就寝前 その他()

16. 喫煙習慣に関してご記入下さい。

過去にあり(歳～ 歳 / 一日約 本) なし あり(一日約 本)

17. 睡眠時間は一日どのくらいですか？ 約()時間

18. 食生活習慣に関してご記入下さい。

・食事は一日()回

・食事以外の時によく飲む物がありますか？(コーヒー、紅茶等は砂糖、牛乳などの有無も教えて下さい)

なし あり (一日 回 / 何が多いですか？)

コーヒー・紅茶(砂糖有・無、牛乳有・無)

・間食はとりますか？

ほとんどとらない 規則的にとる 不規則にとる

(一日 回 / 何が多いですか？)

19. その他、治療に関しての希望や、注意してほしいこと、疑問な点があればご記入下さい。

問診票チェック日
(赤でご記入下さい) 平成 年 月 日
(青) 平成 年 月 日
(緑) 平成 年 月 日