

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お願い申し上げます。

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日		
氏名			男・女	T・S・H・R 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 ()		
家族構成	(同居→○ 同居ではない→△)		祖父・祖母・父・母・子(人)			

1. どうなさいましたか? 簡単にご記入下さい。

 お困りの場所は?

 どのような時にお困りですか?

 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・現在継続中)

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.パーチェット病 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、時間帯があれば、印を付けて下さい。例)

月 火 水 木 金 土

9:30 10:30 11:30 12:30 13:30 16:00 17:00 18:00

--	--	--	--	--	--	--	--

*2枚目もご記入下さい。

受付時間

AM 9:30 ~ 13:30

PM16:00 ~ 18:00

水曜日は

AM 9:30 ~ 14:00

(水曜日午後休診)

土曜日は

AM 9:00 ~ 13:30

PM16:00 ~ 17:30

11. 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.パーチェット病

12. 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。

()

13. 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()

14. 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()

15. 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)

16. 睡眠時間は一日どのくらいですか? 約()時間

17. 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?)

18. 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)

年 月 日

(青)

年 月 日

(緑)

年 月 日