

歯科問診票

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
下記質問へのご回答をお願いいたします。

◆歯について

[1] いかがされましたか？

- 歯が痛い (かすかに < 軽く < かなり < 強く < 耐えられない程)
 歯がしみる 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた
 口内に何かできた 詰め物が取れた 義歯が壊れた 歯を入れてもらいたい
 その他 (_____)

[2] 今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない 当医院 他の医院 で、(_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) か月前 (_____) 年前
 ⇒現在は、 完治した 通院中 途中で止めた

◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気はにチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- ない
 高血圧 016 心臓病 (狭心症 022 心筋梗塞 022 不整脈 026 弁膜症 030)
 心不全 036 心筋症 040 先天性心疾患 044) 糖尿病 048 脳卒中 054
 ぜんそく 060 肝臓病 066 腎臓病 072 てんかん 078 骨粗しょう症
 アレルギー 082 甲状腺の病気 088 がん 092 認知症 096 HIV 100
 その他 (_____)

◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない ある / (お薬手帳 お薬) を持ってきている
 ①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か) を教えてください。
 (_____)
 ②ペースメーカ、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ 146

歯科	<input type="checkbox"/> 睡眠鎮静剤・抗不安剤 106	<input type="checkbox"/> 抗てんかん剤 110	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎剤 114
医院	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 118	<input type="checkbox"/> 副腎皮質ホルモン剤 122	<input type="checkbox"/> 抗血栓剤 128
記載	<input type="checkbox"/> 糖尿病用剤 132	<input type="checkbox"/> BP 製剤 136	<input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 142 <input type="checkbox"/> その他

◆おからだの状態について

[5] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- ①階段を休まずに2階まで昇れますか？ ① はい いいえ 152
 ②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ ② はい いいえ 156
 ③食べる時にむせることがありますか？ ③ はい いいえ 160
 ④意識がなくなったり、気が遠くなったりしたことがありますか？ ④ はい いいえ 164
 ⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ⑤ はい いいえ 168
 ⑥けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ⑥ はい いいえ 172
 ⑦薬のアレルギーはありますか？ ⑦ はい 可能性・疑いあり いいえ 176
 ⑧妊娠・授乳中ですか？ ⑧ はい 可能性・疑いあり いいえ 180

◆生活習慣について

[6] 生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【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喫煙習慣は、 なし あり 過去にあり

③睡眠時間は、1日平均 () 時間程度

④習慣的によく飲むものは、 なし あり

⑤間食は、 しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

◆治療のご希望について

[7] ご希望の治療を教えてください。

悪いところは全部治療したい

痛いところだけ、希望するところだけ治したい

歯の磨き方などについても教えて欲しい

検査・クリーニングについて教えて欲しい

できるだけ保険を使った治療を希望

保険のルールがよく分からないので説明して欲しい

自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[8] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

他の医院からの紹介(紹介元:) / 紹介状を持っている)

医院以外の方にすすめられた / 家族の勧め 友人・知人の勧め その他()

自宅・職場に近いから

雰囲気が良いと聞いて

その他()

[9] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

()

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	メール アドレス	

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。

以上で問診は終了です。ありがとうございました。