

No. _____

☆ 問診票 ☆

年 月 日

ふりがな
お名前

(男・女) ご職業:

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)

住所 (〒 -)

電話 Eメール @

携帯(必須) 携帯メール @

※当院は何でお知りになりましたか？家族が来ている、東口に通っていた、インターネット
ご紹介 (_____ 様)、通りすがり、その他 (_____)

【基本データ】

1. 現在一番気になること、お困りの症状はありますか？

.....

2. 以前かかったことのある病気や、現在治療中のものはありますか？ ない

- hypertension (/) 糖尿病 (HbA1c) 高脂血症 (脂質異常症)
 心臓疾患 () 痛風 血液病
 脳疾患 () 肝臓病 (型) 自律神経症
 甲状腺 骨粗鬆症 ぜんそく その他 ()

3. 大きな手術をしたことはありますか？ ない ある → ()

4. 現在、薬の服用をしていますか？ 薬品名もご記入ください。 服用していない

- インスリン注射または血糖を下げる薬 ()
 血圧を下げる薬 ()
 血液をサラサラにするお薬 ()
 骨粗鬆症の薬 ()
 その他 ()

5. アレルギーはありますか？

- ない ある → 鼻炎 アトピー 花粉症 金属 その他 ()

6. 身体にあわないお薬はありますか？

- ない ある → 薬品名 ()

7. <女性の方> 現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性はありますか？

- いいえ 希望中 可能性あり
 妊娠中 → 妊娠 カ月、出産予定 月 日

8. 眠っている時や起きている時に、歯を食いしばっている事に気づいたことはありますか？

- いいえ はい → 寝ている時・起きている時・その他 ()

【歯科治療】

1. 歯科治療の時に、麻酔をした事がありますか？

いいえ はい

※ その時に気になることはありましたか？ ない あった

2. 歯を抜いたことはありますか？

いいえ はい → 乳歯 ・ 永久歯 ・ 親知らず

※ その時に何か異常はありませんでしたか？ ない あった

血が止まりにくかった 貧血を起こした 熱がでた

何日も痛みが続いた その他 ()

3. 定期的に歯科医院を訪れますか？

3ヶ月に1回 6ヶ月に1回 1年に1回

詰め物がとれたとき

痛んだ時に行く程度 その他 ()

4. 歯科の治療は怖い、痛いと思っていますか？

怖い 痛い 嫌い なんとも思わない

5. 今までの歯科受診において、怖い思い・嫌な思いをされたことはありますか？

いいえ はい ()

7. 治療に対する希望 保険の範囲で治療したい 自費の良いものがよい

なるべく保険で保険のきかないところは自費がよい

説明を聞いて納得ゆく方法で治したい

8. 今回の歯科受診において、ご自身のお口の中がどの様になれば一番良いと思いますか？

ご自身の中の理想など、ご自由にご記入ください。

【生活背景】

1. 家族歴を教えてください 家族と住んでいる 一人暮らし 同居人がいる

2. 夜勤はありますか？ はい いいえ

3. 食事は3食とりますか？ 規則的 不規則 いいえ

4. タバコを吸いますか？

吸わない 吸っていたがやめた → どれ位前に () 位前)

吸っている → 何年間くらい？ () 年間) 1日何本？ () 本)

以上で質問はおしまいです。お疲れ様でした。