

## 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 <sup>016</sup>  心臓病 (  狭心症 <sup>022</sup>  心筋梗塞 <sup>022</sup>  不整脈 <sup>026</sup>  弁膜症 <sup>030</sup> )  
 心不全 <sup>036</sup>  心筋症 <sup>040</sup>  先天性心疾患 <sup>044</sup>  糖尿病 <sup>048</sup>  脳卒中 <sup>054</sup>  
 ぜんそく <sup>060</sup>  肝臓病 <sup>066</sup>  腎臓病 <sup>072</sup>  てんかん <sup>078</sup>  
 アレルギー <sup>082</sup>  甲状腺の病気 <sup>088</sup>  がん <sup>092</sup>  認知症 <sup>096</sup>  HIV <sup>100</sup>  
 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ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？  はい  いいえ <sup>146</sup>

歯科	<input type="checkbox"/> 睡眠鎮静剤・抗不安剤 <sup>106</sup>	<input type="checkbox"/> 抗てんかん剤 <sup>110</sup>	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎剤 <sup>114</sup>
医院	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 <sup>118</sup>	<input type="checkbox"/> 副腎皮質ホルモン剤 <sup>122</sup>	<input type="checkbox"/> 抗血栓剤 <sup>128</sup>
記載	<input type="checkbox"/> 糖尿病用剤 <sup>132</sup>	<input type="checkbox"/> BP 製剤 <sup>136</sup>	<input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 <sup>142</sup> <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 <sup>152</sup>  
 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 <sup>156</sup>  
 ③食べる時にむせることがありますか？ ③  はい  いいえ <sup>160</sup>  
 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 <sup>164</sup>  
 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 <sup>168</sup>  
 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 <sup>172</sup>  
 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 <sup>176</sup>  
 ⑧妊娠・授乳中ですか？ ⑧  はい  可能性・疑いあり  いいえ <sup>180</sup>

## ◆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。