

# 問診表

フリガナ		生年月日		血液型		性別		配偶者	
お名前		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	Rh ( + ・ - ) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
ご住所	〒			電 話 番 号	携 帯	( )			
mail					ご自宅	( )			
勤務先名	勤務先住所	県 区・市			F A X	( )			
				勤 務 先	( )				

1 どうなさいましたか？

- 歯が痛い
- 歯がしみる (冷たいもの・熱いもの)
- 歯ぐきが腫れている
- 歯ぐきから血がでる
- 虫歯を治したい
- 予防処置を受けたい
- 予防をしたい
- 唾液検査を受けたい
- 歯並びを治したい
- 入れ歯の具合が悪い
- その他

[ ]

2 お痛みの場所はどこですか？

◇ 場所は？

(右上・上前・左上・右下・下前・左下)

- 歯  歯肉  顎関節
- その他 ( )

◇ いつから？

- 今日から始めて
- 数日前から
- その他 ( )

◇ 痛み方は？

- 何もしなくても  何となく
- 時々  噛むと  触ると  鈍痛
- その他 ( )

3 現在の健康状態

- 良好  普通  悪い
- 妊娠中 ( 月 )  授乳中
- その他

[ ]

4 どのような治療を希望されますか？

- 応急処置のみ (他医院に通院中・出張中)
- 機能的 (噛めるように) 治療してほしい
- 審美的 (美しく自然に) 治療してほしい
- 保険の範囲以内で治療したい
- 金属を白くしたい
- 金額を聞いてから考えたい
- 悪いところは全部治療したい

5 過去や現在、かかった病気はありますか？

- はい  いいえ

はいと答えた方

- 心臓病  腎臓病  高血圧
- 糖尿病 (  予備軍 )
- 肝炎 (  A型  B型  C型  アルコール性 )
- 骨粗鬆症
- その他 ( )

6 薬を飲んで副作用がでたことはありますか？

- はい  いいえ

はいと答えた方(薬品名)

[ ]

7 特異体質やアレルギーはありますか？

- はい  いいえ

はいと答えた方(薬品名やアレルギー名など)

[ ]

8 次の中で気になることは？

- 口臭  ヤニ  歯の汚れ  歯石
- 歯茎 (色・腫れ・形・出血)
- 歯 (色・形・すき間)
- かぶせもの (色・形)

9 パウダークリーニングの経験は？

- ある  ない  わからない

10 インプラントは入っていますか？

- はい  いいえ

11 ご自身の歯周病菌を顕微鏡でご覧になったことはありますか？

- はい  いいえ

12 歯周病を根本的に治したいですか？

- はい  いいえ

13 ホワイトニングに興味はありますか？

- ある

◇ 実際にやったことがありますか？

- ある  ない

- ない

- わからないので説明してほしい

・・・裏面につづきます・・・

## 歯科疾患管理記録

### 14 お仕事

- 自営業  会社経営  会社員  公務員  
 専門職 例：医師 ( )  
 パート・アルバイト学生  家事手伝い  
 専業主婦・主夫  無職  
 その他 ( )

### 15 勤務形態

( ) 日/週 ( ) 時間/日  
夜勤  ある  ない

### 16 歯周病は糖尿病、心筋梗塞、狭心症、肺炎、 低体重児、早産等、種々の全身疾患に影響を 与えることをご存じですか？

はい  いいえ

### 17 来院時間について

- 特になし  
 午前・午後  
 月・火・水・木・金・土・日・祝  
 その他ご希望  
( )

### 18 当院をお選びになったきっかけは？

- 紹介 (ご紹介者： )  
 ホームページ  
 マスコミ (雑誌・TV)  
 看板  
 当医院前を通過  
 過去に来院 ( ) ヲ月・年 前  
 その他 ( )

### 1. お口のお手入れについて

- ◇ 歯磨きをする時は？  
 起床後  朝食後  昼食後  
 夕食後  就寝前  
◇ 1回の歯磨き時間は？  
( ) 分くらい  
◇ 歯ブラシ以外の清掃用具は？  
 フロス  歯間ブラシ  
 その他 ( )

### 2. 喫煙習慣

- なし  あり  
 過去にあり ( ) 本/日  
( ) ~ ( ) 時まで

### 3. 睡眠時間

( ) 時間くらい

### 4. 食生活習慣について

- ◇ 習慣的飲料物  
 なし  
 あり ( )  
◇ 間食  
 不規則  規則正しい  あまりしない

### 5. 現在治療中ですか？

いいえ  はい

### 6. 薬を飲んでいますか？

いいえ  
 はい 薬品名

( )

歯科界発展のため、学術学会等で 口腔内及びレントゲンの写真等のお顔を伏せた状態で使用させていただくことがございます。ご了承いただけますか？

了承する  了承しない

----- ご協力ありがとうございました -----

