

歯科診療問診票

高尾歯科医院 受付 年 月 日

フリガナ		男 女	大 令	
氏名			昭 年 月 日生 才	平 (西暦 年)
住所	〒	ケイタイ		
		TEL		
職業・勤務先		TEL		

※当院をどのような方法でおしりになりましたか？

- 1、紹介（家族・友人・知人・病院・施設）⇒ _____
 2、新聞等広告 3インターネット 4、近いから 5その他

該当するところに○印をおつけ下さい（極秘にしますので正確に記入してください）

来院の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・歯や歯ぐきが痛い ・虫歯を治してほしい ・口の中になにかできた ・かぶせたものがとれた ・入れ歯がこわれた、具合が悪い ・新しく入れ歯を作りたい 6か月以内に入れ歯を作られましたか はい（どちらで 歯科）いいえ ・歯をいれてもらいたい ・フッ素を塗ってほしい ・ホワイトニングについて相談したい ・検診希望 ・その他（ ）
それはお口の中のどこですか？	<ul style="list-style-type: none"> ・奥歯 右側の（上・下） ・前歯 左側の（上・下）
今回の治療で	・悪い歯は全部治したい ・痛い歯だけ治したい ・先生と相談の上、治したい
治療のなかで最も重視するのは（ ） 2番目は（ ）	<ul style="list-style-type: none"> 1、耐久性・・・かぶせ物・詰め物・入れ歯などが長持ちすること 2、再発リスク・・・治療した箇所の虫歯・歯周病が再発する可能性を低くすること 3、審美性・・・自然にみえること 4、機能性・・・違和感なく噛めること 5、安全性・・・金属アレルギーなどにならない体にとって安全なもの
現在の健康状態	・良好 ・普通 ・不良
女性の方は現在妊娠中、授乳中ですか	<ul style="list-style-type: none"> ・はい 妊娠（ か月） 妊娠の可能性あり 授乳中 ・いいえ （もし治療期間中に妊娠された場合はすぐお知らせください）
麻酔（歯科）の経験はありますか	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ その時気分が悪くなったことはありますか？ ・はい ・いいえ
血が止まりにくかったことはありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ 抜歯時の異常はありましたか？（ ）
血液の検査をされたことはありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・はい（いつごろですか？） ・いいえ 何か異常はありましたか？
アレルギーはありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ 「はい」のかた・・・薬・金属・食品名はなんですか？（ ）
今までにお薬（内服・注射）で異常がありましたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ そのお薬の名前は

裏面も記入お願いします

輸血をうけたことがありますか？	・はい ・いいえ
現在服用されている薬はありますか？	・はい ・いいえ 薬の名前 () 薬・内服情報をお持ちの方はコピーをさせていただきます

次の病気にかかったことはありますか？または治療中の病気はありますか？	<p>・はい ・いいえ</p> <p>「はい」のかた・・・かかれた病気または治療中の病気を○で囲んでください。</p> <p>・心臓病：狭心症・心筋梗塞・心不全・心房細動・不整脈・ペースメーカー ・弁膜症・心房中隔欠損・心室中隔欠損・手術あり・なし</p> <p>・脳血管障害：脳出血・一過性脳虚血発作・脳梗塞・その他()</p> <p>・高血圧：いつもの血圧(/) ・低血圧 ・高脂血症</p> <p>・糖尿病：(インスリン注射：ありなし)・空腹時血糖()・HbA1c(%)</p> <p>・喘息：アスピリン喘息(ありなし)最終発作(年 月)</p> <p>・関節リウマチ・免疫抑制剤の服用(あり・なし)</p> <p>・腎臓病：(透析：あり・なし) ・ 肝臓病：肝炎(HB・HCV)・肝硬変</p> <p>・消化器の病気() ・骨粗鬆症・アナフィラキシーショック</p> <p>・甲状腺機能障害、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん</p> <p>・鼻の病気 ・心の病気 ・人工呼吸器、在宅酸素療法・その他</p> <p>その病気はどちらの病院に通院していますか？ ()</p>
------------------------------------	---

たばこは喫煙されますか？	<p>・はい ・いいえ 以前喫煙していた(年前まで)</p> <p>「はい」のかた一日何本くらいですか？(本程度)</p>
--------------	---

歯ぎしりをされますか？	・はい ・いいえ ・わからない
-------------	-----------------

口臭が気になりますか？	・はい ・いいえ ・わからない
-------------	-----------------

一日の歯磨きの回数と一回の時間	()回 ()分
歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
習慣的飲み物	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他()
間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない
歯口腔清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ
睡眠時間	<input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 十分
歯磨き方法	<input type="checkbox"/> 習ったことがない <input type="checkbox"/> 習ったことがある
半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか？	・はい ・いいえ
お茶や汁等でむせることがありますか？	・はい ・いいえ
口の渇きが気になりますか？	・はい ・いいえ

当院はメンテナンスも行います。治療終了後のことについてお聞きします

定期健診を希望しますか？ (6か月に一度)	・はい ・いいえ
かかりつけの歯科の先生はいますか？	・はい ・いいえ
最近、歯科医院にかかったのはいつころですか？	()

歯科治療の際に気をつけてほしいことがあれば記入してください。

