

問診票

～病状などについてのご質問～

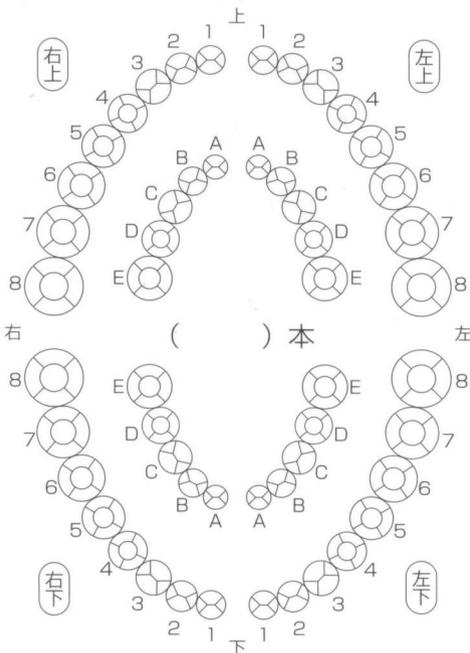
ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 (西暦) 年 月 日
お名前					
ご住所	〒 電話番号(- -)				
お仕事		携帯	- -		

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て(yahoo・google・その他) <input type="checkbox"/> 広告(駅・看板・新聞・その他) <input type="checkbox"/> その他()				
あなたをご来院された理由	<input type="checkbox"/> 痛いところがある(ズキズキ・しみる・噛んだ時) <input type="checkbox"/> 腫れている所がある <input type="checkbox"/> 痛くはないが具合の悪い所がある <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい(歯列矯正) <input type="checkbox"/> 歯のことについて相談したい <input type="checkbox"/> 口臭がきになる <input type="checkbox"/> その他()				
痛みのあるかたにお聞きしますがどこが痛みますか？	右上奥 右下奥	前上 前下	左上奥 左下奥	頬 舌 唇 顎 顔	その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々				
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リューマチ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 _____ 最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> 特になし				
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 _____)				
薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 _____)				
妊娠していますか？(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい(_____ ヶ月)				
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(_____)				
一日に歯を磨くのは	1日 _____ 回(いつ磨きますか？ 起床後すぐ・朝食後すぐ・朝食後・昼・夜)				
治療に対する要望を教えてください(複数可)	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしてほしい <input type="checkbox"/> 部分的でよい <input type="checkbox"/> 今痛いところだけでよい <input type="checkbox"/> 時間をかけてでも治療してほしい <input type="checkbox"/> 時間をかけずにできるだけ早く終わって欲しい <input type="checkbox"/> 一回の治療に多少時間をかけてもいいから、まとめて治療できるならやってほしい <input type="checkbox"/> 一回の治療にあまり時間をかけないでほしい <input type="checkbox"/> すべて保険範囲内でやってほしい <input type="checkbox"/> 相談の上、自費か保険かを決めたい <input type="checkbox"/> できるだけ自費で				
希望する治療内容を教えてください	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作ってほしい <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> おやしらずをみてほしい <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 虫歯の検査をしてほしい				
過去に歯科治療を受けて嫌だった事があればご記入ください					
最後になりますがなにか伝えておきたいことがありましたらお書きください					

歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前	平成	年	月	日
○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を)				
1. お口のお手入れについて				
・歯磨きをする時は	<input type="checkbox"/> 起床後	<input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕)	<input type="checkbox"/> 就寝前	
・1回の時間は	()分くらい			
・歯ブラシ以外の清掃用品は	<input type="checkbox"/> フロス	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> その他	
2. 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 過去にあり	
3. 睡眠時間	約()時間			
4. 食生活習慣について				
・習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	
・間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> あまりしない	
5. 現在治療中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他)		
6. 薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬名:)		



○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(///部分) なし あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり

○歯や口の状態と全身の健康

- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・冠・根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療 義歯・ブリッジ
- その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

医療機関名
(担当歯科医)