

問診票 1 ページ目

ふりがな		男 ・ 女	大正 昭和 平成	年 月 日生
氏名				
住所	〒 _____			
勤務先・学校				
自宅連絡先		携帯番号		

1) 当院をなにで知りましたか？

- ・当院ホームページ・インターネット・家、職場から近い・バス広告を見た
- ・その他()
- ・知人の紹介：紹介者のお名前を教えてください。[]

2) 本日はどうされましたか？

- ・歯が痛い・虫歯がある・歯ぐきが腫れた・入れ歯が合わない・入れ歯を作りたい
- ・被せ物、冠が取れた、削れた・親知らずを抜きたい・あごが痛い・でき物が出来た
- ・その他〔)

3) 普段、お口に関わることで気になることはありますか？

- ・ない
- ・ある
 - ・歯の着色
 - ・舌の汚れ
 - ・歯ぎしり
 - ・あごの関節痛
 - ・口呼吸
 - ・口臭
 - ・いびき
 - ・噛み合わせ
 - ・その他〔)

4) 喫煙習慣はありますか？ ・ない ・ある(1日約_____本) ・以前吸っていた

5) お体の状態について

- ①怪我をした時に血が止まりにくかったことがある ・はい ・いいえ

女性の方にお伺いします。

- ②妊娠をしている ・はい ヶ月 ・可能性あり ・いいえ
- ③授乳中である ・はい ・いいえ



5) 現在、治療中の病気に「○」を過去に治療した病気には「×」を付けて下さい。

- なし
- 高血圧 糖尿病 脳卒中 喘息 腎臓病 てんかん 甲状腺の病気
- がん ()
- 骨粗しょう症 認知症 HIV 婦人科系 ()
- アレルギー ()
- 心臓病 狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心不全 心筋症
- 先天性心疾患
- 肝臓病 B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝炎
- その他 ()

6) 現在、服用しているお薬はありますか？

- ・ない ・ある / ・お薬手帳 ・お薬 を持ってきている。
- / お薬の名前 ()

7) 合わない薬はありますか？ ・ない ・ある ()

8) ペースメーカーを装着していますか？ ・はい ・いいえ

10) 1日の歯磨きの回数を教えてください。 _____ 回

11) フッ素塗布の経験はありますか？ ・ある ・ない ・わからない ・断っている

12) 1日の主な流れを教えてください。

起床 _____ 時頃 朝食 _____ 時頃 間食 _____ 時頃

就寝 _____ 時頃 昼食 _____ 時頃 間食 _____ 時頃

夕食 _____ 時頃 間食 _____ 時頃

13) 来院しやすいお時間、曜日があれば教えてください。

・午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 月・火・水・木・金・土

・午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 月・火・水・木・金・土

