

## 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 女 生年月日 (満 歳)  
 氏名 \_\_\_\_\_ 男 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日生  
 〒 \_\_\_\_\_ 自宅電話 ( )  
 住所 \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( )

ご職業： \_\_\_\_\_ 婚姻歴： 有 ・ 無 子供： 有 ・ 無

## A. 当院におみえになったのは

- 知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様より) ・  家族の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様より)  
 ホームページ ・  院前を通過して ・  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## B. どうなさいましたか

[ \_\_\_\_\_ ]

## C. 最後に歯科を受診したのはいつで、どのような治療でしたか

( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃 ) (治療内容： \_\_\_\_\_ )

## D. 今までどのようなタイミングで歯科を受診していましたか

- 痛い時だけ ・  定期的なメンテナンス ・  不定期なメンテナンス ・  受診したことがない

## E. 今まで歯周病の治療を行ったことがありますか

- ない ・  ある (  1回で終わるお掃除 ・  複数回の歯石除去 ・  歯ぐきを切る手術 )

## F. 喫煙習慣はありますか

- ない ・  過去にある ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳 ) ・  現在喫煙中 ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳 ~ )

## G. 1日何回歯磨きをしますか

- 歯磨きはしない ・  1回未満 ・  1回 ・  2回 ・  3回 ・  4回以上

## H. 歯磨き粉にフッ素は入っていますか

- 歯磨き粉を使わない ・  歯磨き粉は使うがフッ素が入っているか分からない ・  入っている

## I. 歯磨きをした後何回ぐらいお口をゆすぎますか

- ゆすぎない ・  1回 ・  2回 ・  3回 ・  4回以上

## J. 歯磨きをする際に補助器具を使いますか

- 使わない ・  デンタルフロス ・  歯間ブラシ ・  タフトブラシ ・  洗口液 (フッ素入り・フッ素なし・不明)

## K. 現在何かの病気で医師の治療を受けていますか

- いいえ ・  はい ( 病名： \_\_\_\_\_ 医院名： \_\_\_\_\_ )

## L. 現在飲んでいるお薬はありますか

- いいえ ・  はい ( 薬品名： \_\_\_\_\_ )

## M. 以下の病気にかかったことがあればチェックしてください

- 糖尿病 (HbA1c \_\_\_\_\_ )  心臓病  腎臓病  肝炎 (A型・B型・C型)  骨粗鬆症  
 高血圧 (普段の血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg)  シェーグレン症候群  脳梗塞  HIV  
 その他 (具体的に： \_\_\_\_\_ )

## N. アレルギーはありますか

- ない ・  ある (原因物質： \_\_\_\_\_ )

## O. 現在妊娠中ですか (女性のみ)

- いいえ ・  はい (妊娠 \_\_\_\_\_ 週目)

## P. 歯科の治療中に異常が出たことがありますか

- ない ・  ある (具体的に： \_\_\_\_\_ )

## Q. 診療において何かご希望はございますか

[ \_\_\_\_\_ ]