

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. 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

H. 歯磨きをした後何回ぐらいお口をゆすぎますか

- ゆすがない ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回以上

I. 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： _____)

J. 現在飲んでいるお薬はありますか

- いいえ ・ はい (薬品名： _____)

K. 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： _____)

L. アレルギーはありますか

- ない ・ ある (原因物質： _____)

M. 現在妊娠中ですか (女性のみ)

- いいえ ・ はい (妊娠 _____ 週目)

M. 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： _____)

N. 診療において何かご希望はございますか

[_____]