

歯科問診票

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 _____			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
下記質問へのご回答をお願いいたします。

◆歯について

[1] いかがされましたか？

- 歯が痛い (かすかに < 軽く < かなり < 強く < 耐えられない程)
 歯がしみる 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた
 口内に何かできた 詰め物が取れた 義歯が壊れた 歯を入れてもらいたい
 その他 (_____)

[2] 今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない 当医院 他の医院 で、 (_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) か月前 (_____) 年前
 ⇒現在は、 完治した 通院中 途中で止めた

◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気はにチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- ない
 高血圧 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) 糖尿病 脳卒中 ぜんそく 肝臓病 (B型肝炎、C型肝炎)
 腎臓病 てんかん
 アレルギー < 薬 金属 食物 その他 (_____) 具体的 (_____) >
 甲状腺の病気 がん 認知症 HIV
 その他 (_____)

◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない ある / (お薬手帳 お薬) を持ってきている
 ①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か) を教えてください。
 (_____)
 ②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ

歯科	<input type="checkbox"/> 睡眠鎮静剤・抗不安剤 <input type="checkbox"/> 抗てんかん剤 <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎剤
医院	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 <input type="checkbox"/> 副腎皮質ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 抗血栓剤
記載	<input type="checkbox"/> 糖尿病用剤 <input type="checkbox"/> BP 製剤 <input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> その他

◆おからだの状態について

[5] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- | | |
|--------------------------------|--|
| ①階段を休まずに2階まで昇れますか？ | ① <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ | ② <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③食べる時にむせることがありますか？ | ③ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④意識がなくなったり、気が遠くなったりしたことがありますか？ | ④ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ | ⑤ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ | ⑥ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦薬のアレルギーはありますか？ | ⑦ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性・疑いあり <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧妊娠・授乳中ですか？ | ⑧ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性・疑いあり <input type="checkbox"/> いいえ |

◆治療のご希望について

[6] ご希望の治療を教えてください。

- 悪いところは全部治療したい
- 痛いところだけ、希望するところだけ治したい
- 歯の磨き方などについても教えて欲しい
- 検査・クリーニングについて教えて欲しい
- できるだけ保険を使った治療を希望
- 保険のルールがよく分からないので説明して欲しい
- 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[7] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

- 他の医院からの紹介（紹介元： 紹介状を持っている）
- 医院以外の方にすすめられた／ 家族の勧め 友人・知人の勧め その他（）
- 自宅・職場に近いから
- 雰囲気が良いと聞いて
- その他（）

[8] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

以上で問診は終了です。ありがとうございました。