

問診票

安全な歯科治療に役立てるため、できるだけ正確にご記入をお願いいたします。

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日 歳
住所	〒 _____			
電話番号	自宅	携帯	ご職業	

◆歯について

[1] ご来院された理由は何ですか？

- むし歯がないかみて欲しい 口の中をクリーニングして欲しい
 歯が痛い(かむと痛い 食べる時 飲む時 熱いものをとる時 冷たいものをとる時
 甘いものをとる時 安静にしているも痛い)
 歯が抜けた 詰め物や被せ物が取れた 歯がしみる 歯が浮いている感じがする
 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた 口の中に何かできた 顔が腫れている
 入れ歯が壊れた 口臭が気になる 口の中が乾く 歯並びを直したい
 あごが痛くて口が開かない
 その他(_____)

[2] 以前に歯科治療を受けられ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

[3] 麻酔をされたことはありますか？ ある (気分が悪くなった) ない

[4] 歯を抜いたことはありますか？ ある (気分が悪くなった) ない

[5] 治療やカウンセリングについて、ご意向をお聞かせください。

- 悪いところは全て治療したい。
 痛いところだけ・希望するところだけ治療したい。
 できるだけ健康保険の適用範囲内で治療したい。
 自費治療も含めて、最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい。
 治療方法や使用する材料など、できるだけ説明して欲しい。
 自分に合ったケアの仕方やおすすめの歯ブラシ、歯みがき剤などを教えて欲しい。

◆おからだの状態について

[6] 通院中・治療中の病気はありますか？ ある ない

「ある」場合、現在治療中の病気は□に ○ を、過去に治療した病気は病名に × をご記入ください。

- 高血圧 糖尿病 脳卒中 ぜんそく 肝臓病 腎臓病
 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）
 アレルギー（※具体的に _____）
 てんかん 甲状腺の病気 がん 認知症 HIV
 その他（ _____ ）

現在治療中の病気について、かかりつけの病院名をご記入ください。

（ _____ ）

[7] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ある／（ お薬手帳 お薬）を持ってきている ない

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

[8] 下記の項目の中で該当するものがあればお教えてください。

- ①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？ はい いいえ
②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？ はい いいえ
③薬のアレルギーはありますか？ はい 可能性がある いいえ
④妊娠・授乳中ですか？ はい 可能性がある いいえ
⑤ご家族の方で肝臓疾患の方はおられますか？ はい（B型 C型 薬物） いいえ

[9] おからだのことで、気になることや伝えておきたいことがあれば、お教えてください。

（ _____ ）

◆生活習慣について

[10] 生活習慣について教えてください。

①歯みがきは、1日（ _____ ）回

【使うもの】 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ 舌ブラシ その他（ _____ ）

【時間帯】 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

②習慣的飲料物 炭酸飲料 ジュース ワイン コーヒー 紅茶 その他（ _____ ）

③睡眠時間 不足 やや不足 十分

④間食 しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

⑤喫煙 しない する 過去にある

ご協力いただき、ありがとうございました。

おたに歯科・こども歯科 院長 大谷 隆一郎