

問診表

記入日:西暦

年

月

日

ふりがな

ご氏名

男・女

生年月日 西暦

年

月

日(

歳)

※携帯電話をお持ちの方は必ずご記入ください

〒

ご住所

携帯TEL

-

-

自宅TEL

-

-

ご職業

(勤務先

勤務先TEL

-

-

あなたの健康状態を知り治療上の参考にさせていただきます。下記の項目に○印、またはご記入ください。

<p>1. 気になる部位はどこですか また、どうされましたか</p> <table border="1"><tr><td>右上</td><td>上前</td><td>左上</td></tr><tr><td>右下</td><td>下前</td><td>左下</td></tr></table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<p>歯が痛い / むし歯がある / つめものが取れた / メンテナンス希望 歯石をとりたい / 歯ぐきから血が出る・腫れた / 歯がグラグラする インプラントの相談 / 入れ歯を入れたい / フッ素塗布希望 歯並びが気になる / 親知らずが痛い / 歯を白くしたい 口臭が気になる [いつも・ときどき(具体的にいつ:)] その他 ()</p>
右上	上前	左上					
右下	下前	左下					
<p>2. 痛みのある方は どのように痛いですか</p>	<p>たまに痛い / いつも痛い / 前に痛んだことがある / 噛むと痛い 少し痛い / ズキズキ痛い / しみる(甘いもの・熱いもの・冷たいもの)</p>						
<p>3. 当院を選んだ理由を お聞かせください</p>	<p>① 紹介 [家族・知人・その他 / ご紹介者のお名前()] ② 近所だから [自宅・会社・その他()] ③ HP・SNSを見た ④ その他 ()</p>						
<p>4. 最後に歯科にかかったのは いつですか</p>	<p>① 当院 (年 月頃) ② 他院 [医院名 () (年 月頃)] ③ かかったことがない</p>						
<p>何のためにかかりましたか</p>	<p>むし歯 / 歯周病 / メンテナンス / 定期健診 / 歯並び / フッ素塗布 その他 ()</p>						
<p>5. 麻酔をしたことがありますか</p>	<p>① はい ② いいえ</p>						
<p>6. 歯を抜いたことがありますか</p>	<p>① はい ② いいえ</p>						
<p>その時、 何か異常がありましたか</p>	<p>① はい ➡ 血が止まらなかった / 麻酔がきかなかった / 熱が出た ② いいえ 貧血を起こした / ひどく腫れた / 意識を失った</p>						
<p>7. 同居されているご家族は いらっしゃいますか</p>	<p>① はい ➡ 同居されているご家族に○をつけてください。 祖父 祖母 父 母 兄 (人) 姉 (人) 弟 (人) 妹 (人) ② いいえ 配偶者 子ども (人 / 歳) その他 ()</p>						
<p>8. 現在、内科など他科の医院 に通っていますか</p>	<p>① はい ➡ 医院名 () (科) ② いいえ 病名 ()</p>						

※ 裏面にもございます

<p>9. 過去に診断された病名はありますか</p>	<p>① はい ➡ 肝炎(型) / 糖尿病(数値:) / 心臓病 / 腎臓病 高血圧症(平均数値: /) / ぜんそく がん(部位:) / てんかん / 脳卒中 / 蓄膿症 血液疾患 / 胃腸疾患 / 結核 / リウマチ / 骨粗しょう症</p> <p>② いいえ ペースメーカーを使用している / その他()</p>
<p>10. 現在(または最近まで)服用している薬はありますか</p> <p>※ 複数飲まれている方はお薬手帳を受付にご提示ください</p>	<p>① はい ➡ 薬剤名() いつから(年 月頃) から いつまで(年 月頃) まで・現在も服用している 骨粗しょう症の薬 / 糖尿病の薬 / 血圧の薬 / ビタミン剤 ホルモン剤 / 抗うつ剤 / サプリメント()</p> <p>② いいえ その他()</p>
<p>11. アレルギーはありますか</p>	<p>① はい ➡ 薬() 食べ物()</p> <p>② いいえ その他()</p>
<p>12. 体質的に注意することはありますか</p>	<p>① はい ➡ 低血糖 / 低血圧 / 貧血 / その他()</p> <p>② いいえ</p>
<p>13. タバコを吸ったことはありますか</p>	<p>① はい ➡ (1) 今も吸っている ⇒ (歳から 本/日) ⇒ 禁煙経験(ある / ない)</p> <p>② いいえ (2) 今は吸っていない ⇒ (歳から 歳まで 本/日)</p>
<p>14. お酒は飲みますか</p>	<p>① はい (月に何回か・週に何回か・毎日) ② いいえ</p>
<p>15. 歯磨き習慣について</p>	<p>【歯磨きはいつしていますか】 起床時 / 朝食後 / 昼食後 / 夕食後 / 就寝前</p> <p>【歯磨きは1回につき何分くらいですか】 本人()分</p> <p>【使用している歯磨き粉】 商品名() 使用していない</p> <p>【歯磨き粉以外にお使いの商品(洗口液やジェル等)】 商品名() 使用していない</p> <p>【歯磨きの後、うがいは何回していますか】 ()回</p> <p>【補助用具の使用はありますか】 フロス / 歯間ブラシ / その他() 使用していない</p>
<p>16. 女性の方へ</p>	<p>① 妊娠中(か月・ 週) 出産予定日(年 月 日)</p> <p>② 授乳中(か月)</p>
<p>17. 予約についてのご希望</p>	<p>来院しやすい時間帯 午前・午後()時頃</p> <p>来院しやすい曜日 月・火・水・木・金・土</p>
<p>18. 今後、保育士による託児を希望しますか</p>	<p>① はい [お名前() (歳)] ② いいえ</p> <p>③ 必要なときだけ希望する ★ 託児希望の場合は、予約時にその旨をお伝えください</p>
<p>19. その他治療に関しての希望や注意してほしいこと、疑問点があればご記入ください</p>	
<p>20. 当医院では、オンライン資格確認を導入しております オンライン資格確認を用いて医療情報を取得することに同意しますか ※ 同意いただくと、今までに他の医療機関で使用した薬剤情報が共有できるため、アレルギーによる事故を予防しやすくなります</p>	<p>同意します しません</p>