

問診票

ふりがな	T・S・H	年	月	日	歳	学年	ご
お名前	職業	ご勤務先 学校名					

〒 都・県 区・市

携帯電話 ()	当院を選ばれたきっかけを教えてください (複数可)
自宅電話 ()	<input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者名) <input type="checkbox"/> 近所
Eメール ()	<input type="checkbox"/> 会社近く <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()

・本日は ①歯が痛む ②歯肉が痛む ③とれた、かけた ④歯がしみる ⑤歯肉から出血する ⑥入れ歯の調子が悪い ⑦審美歯科・ホワイトニング希望 ⑧クリーニング希望 ⑨歯並び相談 ⑩インプラント相談 ⑪検診希望 ⑫その他

・それはいつ頃からですか () 頃から

・最後に歯科にかかったのは、いつ頃ですか? 約 () 年・ () ヶ月位前
その時は… * 歯の治療 * 歯肉の治療 * クリーニング * その他 ()

・現在、下記の疾患で歯科以外の病院・医院にかかっていますか? はい ・ いいえ
(過去5年の間で入院や手術などされた方もご記入をお願いします。)
高血圧性疾患 虚血性心疾患 不整脈 心不全 喘息 慢性気管支炎 糖尿病
甲状腺機能障害 副腎皮質機能不全 脳血管障害 骨粗しょう症 甲状腺機能亢進症 てんかん
自律神経失調症 慢性腎臓病(腎透析を受けている方) 肝臓病 血液感染症(病名)
その他 _____

・『はい』と答えられた方・・・かかりつけの病院・医院名と担当医名を教えてください。
病院・医院名等 _____ 担当医名 _____

・現在服用中の **お薬** はありますか?
はい (薬剤名 _____) ・ いいえ

・ **骨粗しょう症のお薬** (ビスホスホネート製剤) を使用していますか? はい ・ いいえ

・薬や食物、その他に **アレルギー** はありますか? はい () ・ いいえ

・怪我などの時、 **出血** は止まりにくいですか? はい ・ いいえ

・歯科で麻酔をされた事がありますか? はい ・ いいえ

・その時は何か異常がありましたか? はい ・ いいえ

・ **歯ぎしり** や、 **くいしばり** をする癖がありますか? はい ・ いいえ

・就寝中のいびきや無呼吸を指摘されたことがありますか? はい ・ いいえ

・半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか? はい ・ いいえ

・お茶や汁物等でむせることがありますか? はい ・ いいえ

・口の渇きが気になりますか? はい ・ いいえ

〈女性の方へ〉 現在・妊娠している _____ カ月・わからない・妊娠していない・授乳中

・ **治療にあたりまして何かご希望がありましたらご遠慮無くお書きください。**

ご協力ありがとうございました