

☆問診票は、あなたの診療の為に大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますので、出来るだけ正確にご記入ください。

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|----------|---|--------|
| （ふりがな） お名前 | 男 女 | 生年月日 大・昭・平 （西暦 年） | 年 | 月 | 日（満 才） |
| ご住所 〒 | | | | | |
| 電話番号 () | | | 携帯番号 () | | |
| ☆ご予約の確認のお電話をかけさせて頂く場合がありますが、よろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （はいの方 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話） | | | | | |
| どうなさいましたか？ （当てはまるもの全て） | <input type="checkbox"/> 歯が痛い（熱いものがしみる・冷たいものがしみる・噛むと痛む） <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い（出血がある・腫れている） [いつ頃からですか？ 日・週間・ヶ月 位前から] <input type="checkbox"/> 虫歯を治療したい <input type="checkbox"/> 矯正をしたい <input type="checkbox"/> インプラントをしたい <input type="checkbox"/> 歯のメンテナンス（歯の歯垢・歯石・着色の除去）をしたい <input type="checkbox"/> 被せもの・義歯を入れたい <input type="checkbox"/> ホワイトニング・トリートメントをしたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 当院におみえになったのは | <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に来た事がある（ ）ヶ月・年 位前 <input type="checkbox"/> 紹介されて（ご紹介者様名 ） <input type="checkbox"/> ホームページ・タウン新聞を見て <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 今までに麻酔注射をしたり、歯を抜いた時に異常はありませんか？ | <input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> 貧血やめまいを起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 何日か痛んだ <input type="checkbox"/> 抜歯後腫れた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 現在の健康状態は？ ※安全のため、少しでもありましたらご記入ください | 1. 良好 2. 通院中または内科的疾患のある方 3. *女性のみ→妊娠中（ ）ヶ月 ※上記で2.と答えられた方・・・ ①. 高血圧・低血圧（ / mmHg） ⑧. アレルギー体質 ②. 肝臓（B肝・C肝・その他 ） 麻酔・ピリン・ペニシリン・ぜんそく ③. 心臓（ペースメーカー使用・その他 ） 金属アレルギー・アトピー・花粉症 ④. 糖尿（空腹時血糖値 mg / dl） 食品（ ）・その他 ⑤. 腎臓 ⑨. 骨粗鬆症 ⑥. 血液疾患 ⑩. その他 ⑦. 貧血症 4. 現在、通院中の方のみご記入ください。 病院名：（ ）科) 病名： | | | | |
| 現在薬を飲んでいますか？ | 1. 飲んでいない 2. 飲んでいる、 *どのようなお薬ですか？ [心臓の薬・抗凝血薬・血圧の薬・肝臓の薬・糖尿病・骨粗しょう症] その他： | | | | |
| 喫煙について | 1. タバコを吸わない 2. タバコを吸う（1日 本） | | | | |
| 予約についての要望 | *来院できる時間帯 1. 午前中 時頃 2. 午後以降 時頃 *来院できる曜日 月・火・水・木・金・土・日祝・いつでも | | | | |

※ご記入いただきました情報は治療の参考と能率化の為、院内のみにて使用させていただきますのでご安心下さい。

COUNSELING SHEET

☆生活習慣について当てはまるものに☑をつけてください☆

※お口の中の状態を把握する為に必要な項目ですので、なるべく詳しく記入してください。

●現在使用している歯ブラシの種類

市販 歯科医院 商品名 _____ やわらかめ 普通 硬め

●歯ブラシ以外で使用しているお口の掃除器具

歯間ブラシ 糸ようじ(フロス) ワンタフトブラシ(1本磨き用)

電動ブラシ 洗口液 その他 _____

●使用している歯磨き粉 使用している 使用していない 商品名 _____

●歯磨きの回数 1日 _____ 回 1回の時間約 _____ 分間

起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

●間食の取り方と回数 1日 _____ 回 規則正しい 不規則 しない

⇒よく口にすることは、何ですか？ チョコ アメ クッキー ゼリー ジュース 炭酸飲料

その他 _____

●習慣飲食物 なし あり(_____)

●ストレスの度合い (あてはまる所に○をつけてください)



●睡眠時間 約(_____)時間

ない とても感じる

●最後に歯科医院に行ったのは、いつ頃ですか？ _____ ヶ月・年前

●歯石取りは定期的に通っていませんか？ いいえ はい _____ ヶ月・年に1回

●食いしばり、歯ぎしりに自覚はありますか？ いいえ はい

●歯科矯正の経験はありますか？ いいえ はい _____ 歳頃

※歯科疾患管理料(歯と口の治療管理)

当医院では、あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めていくために、継続的な管理と指導を行います。

歯科疾患管理につき文書提供をいたしますが、継続的な文書提供の有無を☑して署名下さい。

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

いる いない

署名

医師・衛生士記入欄

・ブラークや歯石の付着 なし あり

・歯肉炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり

・歯の動揺 なし あり

・歯周ポケット(4mm以上) なし あり

備考