

## 問 診 票

[カルテ NO. \_\_\_\_\_]

ふりがな	男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生	年齢
お名前					歳
自宅住所:〒		自宅〒 ( )			
		携帯〒 ( )			
勤務先名:		職業:			
【初めてご来院の方へ】		学校名(学年):			

診療室に入っていたいただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔内写真を撮らせて頂くことがあります。

当院では、診療内容について十分な御説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたら御遠慮なくお尋ねください。

※お答えは○印で囲んでください

①当院にお見えになったのは？

1.はじめて

2.以前に来たことがある

②どうなさいましたか？

1.歯が痛い                      2.歯がしみる

3.歯ぐきが痛い                4.歯がグラつく

5.歯ぐきから出血する        6.口臭

7.入れ歯が壊れた            8.入れ歯が痛い

9.入れ歯を新製したい

詰め物・かぶせたものがとれた

親知らずをみてほしい

口が渇く                      舌の異常

あごの調子がおかしい

歯並びが気になる

歯石除去                      虫歯の検査

歯周病の検査                フッ素塗布

その他( )

③今の健康状態は？

1.良好    2.普通    3.よくない

4.妊娠中(    ヶ月) 5.授乳中

④気になる習癖はありますか？

1.歯ぎしりをする    2.口で呼吸をする

3.爪をかむ            4.指しゃぶり

5.その他( )

⑤タバコは吸いますか？

1.はい 1日に(    )本    2.いいえ

⑥治療範囲のご希望

1.悪いところは全部

2.今、痛いところだけ

3.必要性に応じて

⑦特異体質・アレルギーはありますか？

1.はい お薬/食べ物:(    )

金属アレルギー/ハウスダスト/花粉症/ラテックス

その他(    )

2.いいえ

⑧これまでに歯科治療で麻酔や抜歯を受けたことはありますか？

【麻酔】1.はい    2.いいえ

【抜歯】1.はい    2.いいえ

そのとき何か異常はありましたか？

1.麻酔がなかなか効かなかった

2.気分が悪くなった

3.抜歯後、血が止まりにくかった

4.特になし    5.その他(    )

⑨今までにかかった病気は？

1.高血圧症    2.低血圧症    3.貧血

4.糖尿病      5.心臓病      6.腎臓病

7.脳血管障害    8.血液疾患    9.喘息

がん・腫瘍    耳鼻科系疾患    ウマチ

肝疾患(B型肝炎/C型肝炎)

その他(    )

⑩現在、他の医療機関に通院中ですか？

1.はい⇒(病名/医院名    )

(薬品名:    )

2.いいえ

⑪骨粗鬆症の治療を受けていますか？

1.はい⇒(薬の種類・名前:    )

2.いいえ

⑫抗凝固薬(血液さらさら)を服用していますか？

1.はい⇒(薬の名前:    )

2.いいえ

⑬治療についてのご希望

1.全て保険範囲内

2.自費治療でもかまわない

3.保険以外の治療についても説明を聞いてみたい