

## たけした歯科問診票

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。  
下記質問へのご回答をお願いいたします。

### ◆歯について

[1] いかがされましたか？

- 歯が痛い (  かすかに <  軽く <  かなり <  強く <  耐えられない程 )  
 歯がしみる  歯が浮いている  歯ぐきから血が出る  歯ぐきが腫れた  
 口内に何かできた  詰め物が取れた  義歯が壊れた  歯を入れてもらいたい  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

[2] 今回より前に歯科診療を受け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

### ◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気はにチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- ない  
 高血圧 016  心臓病 (  狭心症 022  心筋梗塞 022  不整脈 026  弁膜症 030 )  
 心不全 036  心筋症 040  先天性心疾患 044  糖尿病 048  脳卒中 054  
 ぜんそく 060  肝臓病 066  腎臓病 072  てんかん 078  
 アレルギー 082  甲状腺の病気 088  がん 092  認知症 096  HIV 100  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### ◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない  ある / (  お薬手帳  お薬 ) を持ってきている  
 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、または胸の中に何か埋め込んでいますか？  はい  いいえ 146

歯科	<input type="checkbox"/> 睡眠鎮静剤・抗不安剤 106	<input type="checkbox"/> 抗てんかん剤 110	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎剤 114
医院	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 118	<input type="checkbox"/> 副腎皮質ホルモン剤 122	<input type="checkbox"/> 抗血栓剤 128
記載	<input type="checkbox"/> 糖尿病用剤 132	<input type="checkbox"/> BP 製剤 136	<input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 142 <input type="checkbox"/> その他

### ◆おからだの状態について

[5] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- 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 164  
 ②歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？  はい  いいえ 168  
 ③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 172  
 ④薬のアレルギーはありますか？  はい  可能性・疑いあり  いいえ 176  
 ⑤妊娠・授乳中ですか？  はい  可能性・疑いあり  いいえ 180

◆生活習慣について

[6] 生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【時間帯】  起床後  朝食後  昼食後  夕食後  就寝前

【1回の時間】 ( ) 分程度

【使うもの】  歯ブラシ  フロス  歯間ブラシ  その他 ( )

②喫煙習慣は、  なし  あり  過去にあり

③睡眠時間は、1日平均 ( ) 時間程度

④習慣的によく飲むものは、  なし  あり

⑤間食は、  しない  規則正しく摂る  不規則に摂る

◆当医院へのご要望など

[7] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

他の医院からの紹介(紹介元: ) /  紹介状を持っている)

医院以外の方にすすめられた /  家族の勧め  友人・知人の勧め  その他 ( )

自宅・職場に近いから

雰囲気が良いと聞いて

その他 ( )

[8] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

( )

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

医療明細書の発行 ( 要 ・ 不要 )

歯と口の治療管理(継続)の発行 ( 要 ・ 不要 )

以上で問診は終了です。ありがとうございました。

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。