

問 診 表

診療申込日

年 月 日 ()

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。わからないことがありましたら、お気軽に受付へお聞き下さい。

フリガナ お名前		生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	満 歳
住所 (アパート名も)	〒	電話	()	—	
勤務先 (学校名)		携帯電話	()	—	

1	今回は、どうなさいましたか、 (詳しい経過は、直接おうかがいします)	1.何もしなくても痛い 2.虫歯 3.しみる 4.はれている 5.入れ歯の不調 6.とれた(かけた) 7.歯がぐらぐらする 8.歯石を取りたい 9.口臭 10.歯並び 11.歯を白くしたい 12.あごが痛い 13.他[a.フッ素 b.検診]
2	なかったことのある病気は ない ある	1.心臓病 2.肝 炎 3.糖尿病 4.血圧(高・低) 5.腎臓病 6.鼻の病気 7.血管疾患 8.他の感染症 9.ぜんそく 10.甲状腺の病気 11.精神的不調和 11.他[] その病気にかかっていた時期 []
3	今、通っている病院は、	1.ない 2.ある[病院名 _____先生]
4	今、使っているお薬は、	1.ない 2.ある[薬の名 _____]
5	お薬のアレルギー(じんましんなど)は、	1.ない 2.ある[薬の名 _____]
6	女性の方へ、妊娠中、授乳中ですか、	1.ない 2.わからない 3.ある [妊娠 ____ヵ月] [授乳中]
7	治療で、気分が悪くなったことは、	1.ない 2.ある [どんなとき _____]
8	以前に歯の治療で、不安を感じましたか、	1.ない 2.ある [1.怖かった] [2.痛かった] [3.吐き気がした] [どんなとき _____]
9	当院を選んだ理由は、	1.紹介された[お名前 _____] 2.家が近い 3.評判 4.看板 5.職場が近い 6.インターネットHP 7.リフト 8.他[_____]
10	今回、なおす範囲については、	1.よくわからないので、相談して決めたい 2.悪いところは全部なおしてほしい 3.今、不自由しているところだけなおしてほしい
11	虫歯・歯周病の予防について	1.ぜひ予防したい 2.予防に興味はある 3.よくわからない 4.治療だけしてほしい
12	最後に歯科受診したのはいつですか、	1.最近 2.半年~1年くらい前 3.2~3年くらい前 4.それ以上
13	通院の時間帯・曜日などのご希望は、	1.ない 2.ある[時間帯: _____時頃、曜日: _____ 曜日]

ありがとうございました。
 なお、当院について、お気づきの点・ご要望
 がありましたらお書き下さい。

<医師記入欄>

歯周病問診表

私たちは歯周病を未然に防ぐためにみなさんに歯周病予防をお勧めしています。
みなさんのお口の健康を維持し食事やお話が楽しくできるよう、以下のアンケートにお答えしていただいた上で治療を進めさせていただければ幸いです。

(1) 現在のお口の中について

- | | | |
|-------------------------|------|------|
| ① 歯ぐきから血が出る | 1いいえ | 2はい |
| ② 歯ぐきがはれる | 1いいえ | 2はい |
| ③ 歯がぐらぐらする | 1いいえ | 2はい |
| ④ 歯ぐきから膿みが出る | 1いいえ | 2はい |
| ⑤ 歯と歯の間に食物がつまりやすい | 1いいえ | 2はい |
| ⑥ 口臭が気になる | 1いいえ | 2はい |
| ⑦ ①～⑥までのことがいつ頃からありましたか？ | (約 | 前から) |

(2) 歯磨きについて

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| ① いつ歯を磨きますか | (起床時・朝食後・昼食後・夕食後・毎食後・就寝時) |
| ② どのくらいの時間、歯を磨きますか | (約 分) |
| ③ 歯磨き粉をお使いですか | 1いいえ 2はい () |
| ④ どんな歯ブラシをお使いですか | (ナイロン・豚毛・電動・その他) |
| ⑤ 歯ブラシの交換時期の目安は | () |

(3) 清掃補助器具について (フロス、歯間ブラシなど)

- | | | |
|-----------------|------|----------------------|
| ① 清掃補助器具をお使いですか | 1いいえ | ウォーターピック、タフトブラシ |
| | 2はい | (フロス、歯間ブラシ、その他_____) |

(4) 今までの治療について

- | | | |
|-----------------------|------|-----|
| ① 歯ブラシの指導を受けたことがありますか | 1いいえ | 2はい |
| ② 歯石を取ってもらったことがありますか | 1いいえ | 2はい |
| ③ 歯周病の治療を受けたことがありますか | 1いいえ | 2はい |

(5) お体について

- | | | |
|--------------------|------|-----|
| ① 鼻の病気がありますか | 1いいえ | 2はい |
| ② 口で呼吸していることがありますか | 1いいえ | 2はい |
| ③ 歯ぎしり、くいしばりがありますか | 1いいえ | 2はい |

(6) 生活習慣について

- | | | |
|---------------------|------|-------------|
| ① タバコを吸いますか | 1いいえ | 2はい (1日約 本) |
| ② 食物の好き嫌いが多いですか | 1いいえ | 2はい |
| ③ お酒を飲みますか | 1いいえ | 2はい |
| ④ 睡眠時間は5時間以上とれていますか | 1いいえ | 2はい |

ご協力ありがとうございました。

あき歯科医院