

問 診 表

(NO _____)

この問診表は歯科診療に必要な参考資料として使用するとともに、厳重に管理しプライバシーを厳守致します。

| | | |
|----------|--------------|-----------------------|
| ふりがな | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | 男 ・ 女 | 大・昭・平 年 月 日 (才) |
| 〒 住 所 | 自宅電話 | |
| | 携帯電話 | |
| 勤務先 | 勤務先電話 | |
| 紹介者様 | この問診表を記入された方 | 本人 ・ 本人以外 (続柄 _____) |

1、あなたが来院された理由は何ですか。

- | | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|
| ① 検診 | ② 虫歯の治療 (痛い・しみる・穴 等) | ③ 詰め物・被せ物が取れた |
| ④ 歯周病 (歯ぐきが腫れた・血が出る・歯が動く・ 等) | | ⑤ 口臭が気になる |
| ⑥ 歯の清掃 (クリーニング) | ⑦ 歯の色が気になる | ⑧ 入れ歯を入れたい |
| ⑨ 入れ歯があたる | ⑩ 歯並びが気になる | ⑪ あご(関節)が気になる (痛い・異音 等) |
| ⑫ スポーツ外傷防止のマウスガードを作りたい | | ⑬ 口が渇く |
| ⑭ 歯を白くしたい | ⑮ その他 (_____) | |

2、気になる場所はどこですか。

- | | | |
|------|---|------|
| ① 左上 | ② 上前歯 | ③ 右上 |
| ④ 左下 | ⑤ 下前歯 | ⑥ 右下 |
| ⑦ 全部 | ⑧ その他 (頬 ・ 舌 ・ 口唇 (くちびる) ・ 顎 (あご) ・ のど) | |

3、今までに歯を抜いたことはありますか。

- ① ない ② ある (_____ 年 _____ 月 頃)

4、麻酔注射をしたり、歯を抜いたりしたときに異常はありましたか。

- | | | | | |
|------------|------------|-----------------|--------|--------------|
| ① ない | ② 気分が悪くなった | ③ 貧血を起こした | ④ 熱が出た | ⑤ 血が止まりにくかった |
| ⑥ アレルギーが出た | ⑦ 何日か痛んだ | ⑧ その他 (_____) | | |

5、歯科以外の病気はありますか。

- ① ない
- ② ある (a 心臓疾患 b 高血圧 c 血液疾患 d 呼吸器疾患 e 胃腸疾患 f 肝臓疾患)
- (g 腎臓疾患 h 糖尿病 i 代謝性疾患 [骨粗しょう症など])
- (j 感染症 [C型肝炎 B型肝炎 結核 HIV] k 精神神経疾患 [鬱、てんかんなど])
- (l アレルギー m その他 (具体的病名 _____))
- かかりつけ医 (_____)

6、現在、服用している薬はありますか。

- ① ない ② ある (服用薬名 _____)

※薬を服用している方は、受診当日に必ず「お薬手帳」または「薬剤情報提供書」をご持参ください。

7、(女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか。

- ① いいえ ② はい (妊娠 第 _____ 週)
- かかりつけ医 (_____)

8、治療についてのご希望はありますか。(複数選択可)

- | | | |
|----------------------|----------------|---------------|
| ① 気になる所だけ治療したい | ② 悪い所は全部治療したい | ③ 保険の範囲で治療したい |
| ④ 必要であれば保険外の治療も考えている | ⑤ 診査結果によって決めたい | |

9、その他、ご希望があればご記入ください。

記入日 平成 年 月 日

栃木県歯科医師会 (2016, 5)