

問 診 表

令和 年 月 日記入

フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日	昭和/平成/令和 年 月 日生
フリガナ ご住所 〒		ご職業	会社員/自営/主婦/学生/その他()
		連絡先	携帯番号: 自宅:
		緊急時の 連絡先	

<下記の場合こちらからお電話をさし上げることがございます>

- ・60分以上のご予約がある場合
- ・お約束の時間を過ぎててもご連絡いただけない場合
- ・外科処置後など経過をお聞きする場合
- ・ご予約の確認・変更などの場合

<連絡制度について>

「予約のうっかり忘れ防止」や「予約の前日確認」の為に当院からの「予約確認メール」を行います

※メールアドレスをご記入ください()

どのようにして当院をお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 広告を見て() <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 家族が通院している <input type="checkbox"/> 家や職場が近所 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者のお名前:)様
前回、歯科を受診したのは	年 月 日
本日はどうされましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 着色が気になる <input type="checkbox"/> 義歯を入りたい <input type="checkbox"/> 義歯をつくり直したい <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 検査・定期健診をしてほしい(自由診療希望)
痛みはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 『ある』と答えた方に質問します。 ・どこが: 左上 / 左下 / 前歯上 / 前歯下 / 右上 / 右下 ・いつから: 前から ・どの様に: 冷たいものがしみる / 熱いものがしみる / 噛むと痛い 何もしなくても痛い / 時々痛い / 腫れて痛い ・その他:()
歯科で麻酔をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 『ある』と答えた方に質問します。その時は・・・ <input type="checkbox"/> 異常があった (気分が悪くなった/動悸がした/貧血をおこした/頭痛がした) <input type="checkbox"/> 異常はないが麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> 異常はなかった
歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 『ある』と答えた方に質問します。その時は・・・ <input type="checkbox"/> 異常があった <input type="checkbox"/> 異常はなかった (血が止まらなかった/発熱/気分が悪くなった/貧血を起こした/痛みが長く続いた) その他()
持病について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 『ある』と答えた方に質問します。 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> その他() もしよろしければ病名()かかりつけの病院() 服用中の薬()主治医()先生)
お薬でアレルギー症状が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 使えないお薬()
金属アレルギーについて	<input type="checkbox"/> 金属製品にかぶれたことがある <input type="checkbox"/> ない
食品アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない
ラテックスアレルギーについて	<input type="checkbox"/> ゴム製品でアレルギー反応がある <input type="checkbox"/> ない
その他に特別なこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 月 <input type="checkbox"/> その他()
診療についてご希望があれば、お知らせ下さい(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 最善の治療法で治療したい <input type="checkbox"/> 極端に恐がりなので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてこだわりがあるのでカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい <input type="checkbox"/> その他()

※個人情報について: 当院は皆様の個人情報を満足と信頼の向上に役立てるべく適切に保護・管理し他に漏洩することのないように大切にお守りします。
 当院は皆様からご同意いただいた場合を除き、学会や研修会において個人情報を第三者に提供または開示いたしません。

生活問診表

R 年 月 日

① 歯磨きについて

- 歯磨き指導は受けたことがありますか？ ない ・ ある
- 1日何回歯を磨きますか？ (回)
- いつ歯を磨きますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 毎食後
- 歯肉からの出血はありますか？ ない ・ ある
- 歯石を取ったことがありますか？ ない ・ ある
- (あると答えた方)それはいつごろですか？ (前)
- 歯磨き粉をつけますか？ 練り歯磨き ・ デンタルリンス ・ ジェル ・ つけない
- 補助器具を使用したことがありますか？ ない ・ ある
- (あると答えた方)それはどのような物ですか？ デンタルフロス ・ 糸ようじ ・ 歯間ブラシ ・ タフトブラシ

② 食事について

- 1日 回
- 好き嫌いがありますか？ はい ・ いいえ
- 好きなもの() 嫌いなもの()
- よく噛むことができますか？ はい ・ いいえ

③ 間食について

- 毎日時間をきめて ・ 毎日食べたい時に ・ 時々 ・ とらない

④ 間食にどのようなものをとりますか？

- スナック菓子 ガム アメ チョコレート キャラメル ケーキ 煎餅
- 果物 パン ファーストフード ドーナツ その他()

⑤ よく飲むものは？

- コーヒー 紅茶 緑茶 烏龍茶 牛乳 ジュース 炭酸飲料
- 乳酸飲料 スポーツドリンク ワイン 水

⑥ キシリトールを摂取したことがありますか？

- ない ・ ある

⑦ 歯ぎしり・くいしばり・爪をかむ癖はありますか？

- ない ・ ある

⑧ 吐き気をもよおしやすいですか？

- はい ・ いいえ

⑨ 生活は規則的ですか？

- はい ・ いいえ

(例えば昼夜逆転している、睡眠時間がバラバラなど)

⑩ ホワイトニングをされたことがありますか？

- はい 又は興味がある ・ いいえ

(はいと答えた方)どちらですか？ ホーム(家で) ・ オフィス(歯医者で) ・ その他()

⑪ 今、スポーツを何かされていますか？

- はい ・ いいえ

(はいと答えた方)どんなスポーツですか？ _____



スマイル・チェックシート

R 年 月 日

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分のくちもとが気になりますか？

はい いいえ

5. くちもとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて 鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2~3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石
歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間 歯並び 歯ぐきの色

8. あなたはタバコを吸いますか？

吸う1日_____本 吸わない

吸っていたが_____年前にやめた

9. Q8でやめたと答えた方

やめたきっかけを教えてください

(_____)

10. Q8で吸うと答えた方

タバコを今すぐ辞めたい そのうち辞めたい
タバコを半年以内に辞めたい やめるつもりはない

11. 電動歯ブラシは使用していますか？

使用している 使用していない 興味がある