

問診表 (18歳以上)

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日(西暦)
お名前 _____ 男・女 _____	年 月 日 ()歳
ご住所 郵便番号(_____)	
お電話番号 自宅 or 携帯 (_____) - (_____) - (_____)	
ご職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 主婦	
<input type="checkbox"/> 学生 (高・専・短・大) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
※ご予約日前に、予約日時のお知らせメールを送信しております。	
メールアドレスをご記入ください _____ @ _____	

1. 差し支えなければ ご紹介者を教えてください	(_____)様 からのご紹介 【ご関係】 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご友人 <input type="checkbox"/> その他(_____)
2. 歯科医院を受診したことは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(_____ ヶ月ぶり位) または (_____ 年ぶり位)
3. どこに症状がありますか	<input type="checkbox"/> 右上の歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上の歯 <input type="checkbox"/> 右下の歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下の歯 <input type="checkbox"/> その他(_____)
4. 今回はどうなさいましたか 当てはまる項目にチェック	<input type="checkbox"/> 痛い (<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あご) <input type="checkbox"/> クリーニングしたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯ぎしり・食いしばり <input type="checkbox"/> 口内炎ができた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他(_____)
5. 今後の歯科治療に関する 病気を確認いたします。 今までかかった病気や 現在治療中の病気があれば 全てチェック・または ご記入をお願いします ※ _____ の色がついている 病名は、歯科治療において 特に重要な既往になります 必ずお知らせください	<input type="checkbox"/> 高血圧 (上の血圧 _____ mmHg/ 下の血圧 _____ mmHg) 【高血圧の治療状況】 <input type="checkbox"/> 治療中(服薬含む) <input type="checkbox"/> 治療していない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (具体的に: _____) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> がん (_____) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン <input type="checkbox"/> 認知症 (疑い含む) <input type="checkbox"/> 精神疾患(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
6. 現在他院に通院していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名: _____) 何科(_____)担当医(_____)先生
7. 骨粗しょう症/血液サラサラ 薬をお飲みですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 (薬の名前: _____) <input type="checkbox"/> 血液サラサラ (薬の名前: _____) ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。
8. 服用中の薬はありますか ※上記(7)以外の薬で	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬の名前: _____) ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。

<p>18. クリーニングについて 当てはまる項目にチェック</p>	<p>・今までクリーニング(歯石とり)を受けたことがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>分からない (↓)あると答えた方にお伺いします</p> <p>・いつ頃クリーニングを受けましたか <input type="checkbox"/>3ヶ月未満 <input type="checkbox"/>半年未満 <input type="checkbox"/>1年未満 <input type="checkbox"/>1年以上</p> <p>・クリーニング(歯石とり)は何回かかりましたか <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回以上 <input type="checkbox"/>分からない</p> <p>・クリーニングについて希望される項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/>着色(茶渋・ヤニ)を落としたい <input type="checkbox"/>口臭を予防したい <input type="checkbox"/>バイオフィルムを落としたい ※バイオフィルムとは・・・細菌が増殖した膜</p>
<p>19. 歯周病について 当てはまる項目にチェック</p>	<p>・歯周病について説明を受けたことはありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>分からない</p> <p>・今まで歯周ポケット検査を受けたことがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>分からない</p> <p>・歯周病は成人の80%がかかっていると診断されており 最終的に歯が抜けてしまうととても怖い病気です。 歯周ポケット検査について希望される項目にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/>歯周ポケット検査を希望する <input type="checkbox"/>歯周病の可能性が高いようであれば歯周ポケット検査を希望する <input type="checkbox"/>どのような状態でも歯周ポケット検査を希望しない</p>
<p>21. 食生活習慣について 当てはまる項目にチェック</p>	<p>・間食の頻度を教えてください <input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>規則正しい(だいたい同じ時間) <input type="checkbox"/>あまりしない</p> <p>・間食にどのようなものを摂りますか <input type="checkbox"/>チョコレート <input type="checkbox"/>キャラメル <input type="checkbox"/>アメ <input type="checkbox"/>ガム <input type="checkbox"/>グミ <input type="checkbox"/>果物 <input type="checkbox"/>スナック菓子 <input type="checkbox"/>和菓子 <input type="checkbox"/>洋菓子 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>・よく飲むものは何ですか <input type="checkbox"/>コーヒー(無糖・加糖) <input type="checkbox"/>紅茶(無糖・加糖) <input type="checkbox"/>緑茶 <input type="checkbox"/>麦茶 <input type="checkbox"/>ウーロン茶 <input type="checkbox"/>果汁ジュース <input type="checkbox"/>スポーツドリンク <input type="checkbox"/>乳酸飲料 <input type="checkbox"/>炭酸飲料(コーラ・ペプシ・サイダー・その他()) <input type="checkbox"/>アルコール(ビール・日本酒・ワイン・その他()) <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>22. 口腔機能検査について</p>	<p><input type="checkbox"/>説明を受けたことがある <input type="checkbox"/>説明を受けたことがない ※口腔機能検査とは・・・お口の機能が衰えていないか調べる検査</p>

※上記の個人情報は治療以外の目的で使用いたしません。ご協力ありがとうございました。