

沢田歯科医院 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。

◆歯についてのご質問

[1] 症状をお教えてください

- 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] 今回より以前、歯科診療を受けたことはございますか？

- 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 心臓病 (狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症)
 心不全 心筋症 先天性心疾患) 糖尿病 脳卒中 ぜんそく
 肝臓病 腎臓病 てんかん アレルギー 甲状腺の病気
 がん 認知症 HIV その他 (_____)

◆お薬や治療状況について

[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ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ

◆おからだの状態について

[5] 日常生活の中で気になる お体の状態を教えてください。

- | | |
|--------------------------------|--|
| ①階段を休まずに2階まで昇れますか？ | ① <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ | ② <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③食べる時にむせることがありますか？ | ③ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④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？ | ④ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ | ⑤ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥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？ | ⑥ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦薬のアレルギーはありますか？ | ⑦ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性・疑いあり <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧妊娠・授乳中ですか？ | ⑧ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性・疑いあり <input type="checkbox"/> いいえ |

◆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

◆治療のご希望について

[7] ご希望の治療を教えてください。

悪いところは全部治療したい

痛いところだけ、希望するところだけ治したい

歯の磨き方などについても教えて欲しい

検査・クリーニングについて教えて欲しい

できるだけ保険を使った治療を希望

保険のルールがよく分からないので説明して欲しい

自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[8] 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

インターネット検索

その他 ()

[9] 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	

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。