

問 診 表 (お口の診察室用)

お名前

記入日： 年 月 日

次の質問はあなたの治療をすすめるうえで大切な参考資料となりますので、できるだけ正確にお答えください。

1、 歯科を受診する理由に○をつけて下さい

むし歯 ・ 歯ぐきの異常 ・ 歯ならびの異常 ・ あごや関節の異常 ・ お口の異常
その他 ()

2、 いま歯科以外の病気にかかっていますか？ はい ・ いいえ

いまその病気の治療を受けていますか？ はい ・ いいえ

3、 いま使っている薬はありますか？ はい ・ いいえ

薬の種類がわかっているら書いて下さい。()

4、 いままで次に次の病気にかかったことがあれば○をつけて下さい

心臓疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 腎臓疾患 ・ 胃腸疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病
血液疾患 ・ 貧血 ・ リウマチ ・ 結核 ・ 喘息 ・ アレルギー
その他いままでにかかった病気があれば教えて下さい。()

5、 いままで手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

6、 生活習慣についておうかがいします。

習慣的飲料物がありますか？ いいえ ・ はい ()

間食はどのように摂りますか？ 不規則 ・ 規則正しく ・ あまりしない

喫煙習慣はありますか？ いいえ ・ はい

睡眠時間はどのくらいですか？ 約 () 時間

7、 歯磨きをする時間はいつですか？ 起床時 ・ 食事後(朝・昼・夕) ・ 就寝前

1回の歯磨き時間はどのくらいですか？ 約 () 分

歯ブラシ以外に使用している清掃用具はありますか？

糸ようじ ・ 歯間ブラシ ・ その他 ()

8、 いままで歯科の治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

9、 いままで歯を抜いたことがありますか？ はい ・ いいえ

10、 いままで麻酔の注射をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

11、 麻酔の注射で具合が悪くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

12、 歯を抜いたりケガをしたあと、血が止まりにくかったことがありますか？

はい ・ いいえ

13、 (女性の方のみお答え下さい)

初潮はありましたか？ いいえ ・ はい (歳)

いま妊娠していますか？ はい ・ いいえ