

# 問診票

～成人用～



なかやま歯科医院  
Nakayama Dental House

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年齢
お名前						
ご住所	〒 -					
E-mail	_____ @ _____			携帯電話( _____ )	自宅電話( _____ )	

●当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 家族の紹介(ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前(任意) _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ/リスティング広告/エキテン/Doctors file) <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> 予防に興味があるから <input type="checkbox"/> その他(チラシ等 _____ )																																				
●お口以外の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に _____ )																																				
●今までに大きな病気をしたことはありますか？また、現在かかっている病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし																																				
●かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 _____ )																																				
●薬を飲んでますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 _____ )																																				
●妊娠していますか(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい( _____ ヶ月)																																				
●アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属) <input type="checkbox"/> その他( _____ )																																				
●歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																																				
●歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> ( _____ ) 日前 <input type="checkbox"/> ( _____ ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ( _____ ) 年前																																				
●ご来院のご都合のよい曜日・時間帯をお知らせ下さい。	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th><th>祝</th></tr></thead><tbody><tr><th>午前</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>午後</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>17:00以降</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		月	火	水	木	金	土	日	祝	午前									午後									17:00以降								
	月	火	水	木	金	土	日	祝																													
午前																																					
午後																																					
17:00以降																																					
●転居や転勤の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃 _____ どこへ _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ																																				
●家族構成について教えてください																																					

●飲酒・喫煙についておたずねします	
1) 喫煙経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい ( 歳～ 歳、 本/1日) <input type="checkbox"/> いいえ
2) 現在では喫煙をしていますか	<input type="checkbox"/> はい ( 歳～、 本/1日) <input type="checkbox"/> いいえ
3) 禁煙経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい ( 歳～ 歳まで) <input type="checkbox"/> いいえ
4) 飲酒はしますか	<input type="checkbox"/> はい (毎日・時々/種類: 量: ) <input type="checkbox"/> いいえ
●生活習慣についておたずねします	
1) 就寝のお時間はいつ頃ですか	平均 時頃
2) お仕事は夜勤勤務がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 夕食(甘いものや炭水化物)を食べる機会が多いですか?	はい (毎日・時々/種類: 量: ) ・ いいえ
●お口の健康状態についておたずねします	
1) 歯ブラシを使用した時などに血が出ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) とときどき歯肉が腫れるようなことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 口臭が気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4) 歯と歯の間に食べ物がはさまることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5) 歯並びが悪くなったと思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6) 今までに歯石をとってもらったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7) 今までに歯磨きの仕方を教わったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8) いびきをかきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9) 歯ぎしりやくいしばりをしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●歯磨き習慣についておたずねします	
1) 歯磨きは1日に何回されますか	回 (起床時・朝食後・昼食後・夕飯後・就寝前)
2) 歯ブラシ以外に使用している清掃器具はありますか	<input type="checkbox"/> はい (歯間ブラシ・デンタルフロス・その他: ) (※ようじ) <input type="checkbox"/> いいえ
3) フッ素入りの歯磨き粉を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい (毎日・時々/種類: 量: ) <input type="checkbox"/> いいえ
●その他についておたずねします	
1) 歯科は定期的を受診するようにしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) 過去に歯ブラシ指導を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 歯科医院でのフッ素塗布の経験がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ