

問診票
～病状などについてのご質問～

お名前		ご職業	
<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 子供あり (人) <input type="checkbox"/> 子供なし	血液型	A B O AB
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・知人の紹介(ご紹介者のお名前_____様) <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介(_____医院 病院・歯科医院) <input type="checkbox"/> 近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て(検索内容 _____) <input type="checkbox"/> 院前を通過して <input type="checkbox"/> その他(_____)		
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 歯・歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯垢がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入りたい <input type="checkbox"/> 出来物ができた <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 口腔ケアを受けたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他(_____)		
どこが問題ですか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 舌 頬 唇 顔 顎(右・左) その他(_____)		
問題はいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から初めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々		
前回の歯科治療は	<input type="checkbox"/> 歯科治療は初めて <input type="checkbox"/> 他院で(_____年 _____月前)		
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	<input type="checkbox"/> 高血圧性疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 腎不全(透析) <input type="checkbox"/> 自立神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A型、B型、C型、肝硬変) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか?			
薬を飲んでいますか	<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) <input type="checkbox"/> 授乳中		
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬(ピリン系、抗生物質) 注射(_____) 食べ物 その他(_____)		
歯を磨くのは	1日 _____回 1回の歯磨き時間は 約 _____分 いつ磨きますか <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
歯ブラシ以外の清掃用品	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他(_____)		
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 _____本 喫煙歴 _____年) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた		
睡眠時間	約 _____ 時間		
習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(_____)		
間食はされますか	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> あまりしない 裏に続きます		