

# 歯科問診票

カルテ No. \_\_\_\_\_

受付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	S・H・R 年 月 日
現住所	〒 _____		
連絡先 電話番号	自宅	携帯	職業

<p>[1] いかがされましたか？（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> 歯が痛い（<input type="checkbox"/> 軽く &lt; <input type="checkbox"/> かなり &lt; <input type="checkbox"/> 耐えられない程） <input type="checkbox"/> 歯がしみる（<input type="checkbox"/> 冷 <input type="checkbox"/> 温）</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた</p> <p><input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 顎の調子が悪い <input type="checkbox"/> 治療の続き（転院）</p> <p><input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 着色除去（自費） <input type="checkbox"/> ホワイトニング（自費）</p> <p><input type="checkbox"/> 市の健診 <input type="checkbox"/> 診療所型歯科健診 <input type="checkbox"/> 全体の検診</p> <p><input type="checkbox"/> 治療相談（セカンドオピニオン含む） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>											
<p>[2] 部位はどこですか？</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">左上</td> <td style="border: none;">前上</td> <td style="border: none;">右上</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">左下</td> <td style="border: none;">前下</td> <td style="border: none;">右下</td> </tr> </table>					左上	前上	右上		左下	前下	右下
	左上	前上	右上								
	左下	前下	右下								
<p>[3] その症状はいつからですか？ ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前</p>											
<p>[4] 最後に歯科に通院したのはいつですか？ ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前 ( ) 年前</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 覚えていない(5年以上前)</p>											
<p>[5] 通院中・治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝臓病、肝炎（<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型）</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> アレルギー（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>											
<p>[6] 現在服用中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（お薬手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あるが持ってきていない）</p> <p>お薬手帳の無い方は、おわかりになる範囲でお薬の名前を教えてください。</p> <p>（ _____ ）</p>											
<p>[7] 歯磨きはいつしますか？ <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後（朝・昼・夕） <input type="checkbox"/> 就寝前 1回（ _____ ）分</p> <p>歯ブラシ以外の清掃器具はありますか？ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>											
<p>[8] 喫煙されますか？ <input type="checkbox"/> はい（ _____ 本/日） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 禁煙した（ _____ 年前）</p>											
<p>[9] 麻酔や抜歯など歯科治療中に具合が悪くなったことがあれば教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>											
<p>[10]（女性の方へ）妊娠中または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中（ _____ 週 予定日 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中</p>											
<p>[11] 治療のご希望を教えてください。（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ、希望するところだけ治したい</p> <p><input type="checkbox"/> できるだけ保険を使った治療を希望 <input type="checkbox"/> 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けたい</p>											
<p>[12]（マイナ保険証で受付された方へ）診療情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>											
<p>[13] ご紹介で受診された場合、よろしければお名前を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> お知り合い（ _____ 様）</p>											
<p>[14] ご要望がありましたら教えてください。</p> <p>（ _____ ）</p>											