

問診票

記入日 年 月 日

カルテNo.

ふりがな お名前	生年月日 性別	西暦 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご住所 〒□□□□-□□□□	電話番号		
	緊急連絡先	続柄	
	e-mail		
勤務先・学校	職業		

今日は どうされましたか			
いつ頃からですか			
最後に歯科治療を受けたのは いつ頃ですか	<input type="checkbox"/> 当院で 年 ヶ月前		
	<input type="checkbox"/> 他院で 年 ヶ月前	<input type="checkbox"/> 現在治療中	<input type="checkbox"/> 治療中断中
現在または過去に 治療を受けた病気、感染症など はありますか	<input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> うつ・パ ニック障害 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> その他 ()	
血圧が高い(低い)と言われたこと はありますか	<input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> いいえ	血圧 (/)	
飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> いいえ	薬名 () ※お薬手帳をお持ちでしたら、受付にご提出ください。	
薬・食品などのアレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 歯科麻酔による不快症状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
女性の方 妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中	

治療のご希望	<input type="checkbox"/> なるべく早く終えたい (具体的な日程 月 日までに) <input type="checkbox"/> 相談しながら決めたい		
通院のご希望	●通院可能な時間帯や曜日 () ●キャンセルが出た際のお電話でのご連絡は希望されますか (キャンセル待ち) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人・家族・他院の紹介 () <input type="checkbox"/> 通りかかって <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ニュースレターを見て <input type="checkbox"/> その他 ()		
歯科医院・治療についての嬉しか ったことや、良くなかった思い出 などあればお聞かせください			

生活習慣アンケート

※カウンセリングの参考にいたしますので、できるだけ詳細にお答えください※

カルテNo.

気づくと口が開いている	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
いつも口が乾いている	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
普段から噛みしめたり食 いしばっている（顎が疲 れている）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
むせやすい 咳き込みやすい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
喫煙しますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 現在喫煙 ____本/日 ____年間 <input type="checkbox"/> 禁煙したい <input type="checkbox"/> 過去喫煙 ____本/日 ____年間 <input type="checkbox"/> 禁煙したくない
飲酒しますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ごく稀に（1～2回/月） <input type="checkbox"/> 時々（1～3回/週） <input type="checkbox"/> ほぼ毎日（4日以上/週） 1回の飲酒量_____ 酒の種類_____

ブラッシングはいつしますか	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> その他（_____）		
どのように磨きますか	<input type="checkbox"/> 鏡を見てブラッシングに集中している <input type="checkbox"/> テレビを見ながらなどの“ながら磨き”		
ブラッシングに使用するもの	<input type="checkbox"/> ハブラシ <input type="checkbox"/> 電動ハブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> ワンタフトブラシ <input type="checkbox"/> うがい薬 <input type="checkbox"/> その他（_____）		

食事はいつしますか	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他（_____）		
どのくらい時間をかけますか	<input type="checkbox"/> 5～10分 <input type="checkbox"/> 15～30分 <input type="checkbox"/> 30分以上		
よく噛んで食べますか	<input type="checkbox"/> 30回以上噛む <input type="checkbox"/> あまり噛まない <input type="checkbox"/> 流し込むようにして食べる		
間食しますか	<input type="checkbox"/> はい→	回数	1日_____回
	<input type="checkbox"/> いいえ	時間帯	_____
甘い飲料を飲みますか	<input type="checkbox"/> はい→	頻度	_____ 量_____
	<input type="checkbox"/> いいえ	→飲み方 <input type="checkbox"/> すぐ飲みきる <input type="checkbox"/> 時間をかけて少しずつ飲む	
飲食の嗜好について 普段よく口にするものに○を つけてください	のど飴・ソフトキャンディー クッキーチョコレート・スナック 和菓子・洋菓子・アイス・果物 ガム・タブレット	赤ワイン・コーラ・コーヒー（加糖） 乳酸飲料（ヤクルトなど）・ジュース 炭酸飲料・お酢ドリンク 栄養ドリンク	
その他の好きな食べ物・健康 のために習慣的に口にするも の（サプリなど含む）			