

横浜青葉デンタルクリニック 問診票

(ふりがな)

お名前： _____ (男・女) 生年月日：(大正・昭和・平成) 年 月 日(歳)

住所：〒 _____ 電話番号： _____

《本日はいかがなさいましたか》 該当する□にチェックして下さい

- 検診 虫歯予防(フッ素など) 歯のクリーニング・歯を白くしたい 歯石をとりたい
歯→ 痛い つめものやかぶせものがとれた 穴があった しみる(冷・温・甘) 物がつまる
ゆれる 歯ぎしりがひどい 歯をぶつけた
はぐき→痛い はれた 出血する 膿がでる
あご →痛い 音が鳴る □があきにくい 朝起きるとあごが疲れる 肩がこる
歯並びが気になる □臭が気になる その他

《問題のある場所はどこですか》

- 上 下 右 左 前 奥 全体 その他

《それはいつごろからですか(痛みなどのある方へ)》

- _____ 日前 _____ 週間前 _____ ヶ月前 その他

《どのように痛みますか(痛みのある方へ)》

- ズキズキ ずっと痛い 時々痛い しみる(1分以上・1分未満) かむと痛い その他

《血液媒介の病気について：現在発症していなくてもキャリアや以前に感染していた場合もチェックして下さい》

- 輸血したことがある 人工透析したことがある B型肝炎 C型肝炎 HIV その他血液疾患
(_____) 近親者(親子・兄弟)やパートナーが現在もしくは過去に上記の病気の既往がある
上記のいずれにも該当しない

《全身的なことについてうかがいます》

- 内科的疾患 ない 心臓病 腎臓病 糖尿病(HbA1c JDS: ___% NGSP: ___%) 低血圧
貧血 高血圧(最高: 最低:) 甲状腺機能亢進症 ぜん息 その他
アレルギー ない ある→ ヨ素・ヨド アルコール ゴム 薬 _____ 金属 _____ その他 _____
ペースメーカーはしていますか。 いいえ はい
けがなどをしたとき、血は止まりやすいですか。 止まりやすい 止まりにくい
歯の治療で麻酔により気分が悪くなったことはありますか。 いいえ はい
タバコを吸いますか いいえ はい→1日 本
現在、薬は飲んでいますか。 いいえ はい→薬品 ①ワファリン・アスピリン等の血液サラサラの薬 ②骨粗鬆症の薬
③他薬の名前①②も含む _____
抗ガン治療を受けているもしくは受けた方 放射線 化学療法 他

《女性の方におたずねします(お子様は結構です)》

- 妊娠の可能性はありますか いいえ はい→妊娠 _____ ヶ月 授乳中ですか いいえ はい

《治療に対するご要望》

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい 虫歯になりにくい予防法を説明してほしい
転勤や引越しなどで _____ 月までに治療を終わらせたい 薬はあまり飲みたくない
保険の範囲内で治療したい 保険外治療法(良い材料)があれば説明してほしい
その他

《当院をどこでお知りになりましたか》 紹介 _____ 様 家族が来ている インターネット その他