【 問 診 票 】　　記入日（西暦　　年　　月　　日）

フリガナ		No.	
氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日
電話番号		ご職業	
ご住所			

※該当する☐にチェックを入れ（　　）内の下線部を選択もしくは記入してください

★受診した一番の理由はなんですか？

いつから　　どこに　　どのような症状がありますか

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

★その他　気になるお口の状態について

☐虫歯　☐歯周病　☐歯がしみる　☐歯が痛い　☐歯の違和感　☐食べ物が挟まる

☐歯ぐきの腫れ　☐歯ぐきの出血　☐口内炎　☐できもの　☐詰め物の脱離　☐顎の状態

☐かみ合わせ　☐歯並び　☐口臭　☐歯の色　☐口腔乾燥　☐歯ぎしり　☐口腔機能

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

★生活習慣について

歯磨き（１日＿＿回）（起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前）（１回＿＿分程度）

使用している清掃器具　（歯ブラシ・電動歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ・舌クリーナー）

☐自分に適した歯ブラシや清掃器具が知りたい

☐自分に適した歯磨き剤が知りたい

習慣的飲料物（炭酸飲料・ジュース・コーヒー・お茶・その他＜　　＞）

間食の取り方（規則的・不規則・しない）

喫煙（する・しない・過去にあり）

睡眠時間（十分・やや不足・不足）

★治療の希望について

☐全体的な検査を受けたい

☐必要なところはすべて治療したい

☐希望するところだけ治療したい

☐適合の悪い修復物の再製作などを含めできるだけの環境改善をしたい

☐保険の範囲でできるだけ銀歯を白くしたい

☐保険の範囲内で治療したい

☐必要に応じて自費を含む治療を検討したい

☐保険・自費の区別なく最善の治療を受けたい

裏面に続きます

★全身疾患について

かかりつけ医＿＿＿＿＿＿＿＿病院＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿先生

□なし

□高血圧（発症時期＿＿＿頃）（通常血圧＿＿＿mmHg/＿＿＿mmHg）（服薬 有・無）

□狭心症・心筋梗塞（発症時期＿＿＿頃）（治療法 ｽﾃﾝﾄ・ﾊﾞｲﾊﾟｽ）（抗血栓剤服用 有・無）

□不整脈（抗不整脈薬服用 有・無）（抗血栓剤服用 有・無）（ﾍﾟｰｽﾒｰｶ・植込み型除細動器）

□心臓弁膜症（服薬・弁形成術・人工弁置換術）

□心不全　□心筋症　□先天性心疾患

※階段を休まずに２階まで登れますか？（はい・いいえ）

□糖尿病（発症時期＿＿＿頃）（服薬 有・無）（インスリン＿＿＿単位）（HbA1c＿＿＿%）

（空腹時血糖＿＿＿mg/dℓ）（カロリー制限＿＿＿kcal）

□脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）（発症時期＿＿＿頃）（服薬 有・無）

□喘息（投薬 有・無　携帯薬 有・無）

□肝臓病（脂肪肝・肝炎・肝硬変・食道静脈瘤）（自覚症状 出血傾向・全身倦怠感・発熱）

（発症時期＿＿＿頃）（抗ｳｲﾙｽ療法中・ｽﾃﾛｲﾄﾞ離脱療法中・ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ療法）

□腎臓病（病名　　）（ｽﾃﾛｲﾄﾞ療法・免疫抑制療法・透析療法　　曜日）

□てんかん（コントロール 良好・不良）（服薬 有・無）（最近の発作＿＿＿頃）

（発作時の対応方法＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□がん（部位＿＿＿＿＿）（発症時期＿＿＿頃）（状態 治癒・治療中）

（手術 済・予定あり）（放射線療法 済・予定あり）（化学療法 済・予定あり）

□骨粗しょう症（ﾋﾞｽﾎｽﾌｫﾈｰﾄ製剤 使用無・経口・注射　開始時期＜　　＞頃）

□アレルギー（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□薬物アレルギー（薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（投与後どのくらいでどこにどんな症状がでたか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□甲状腺の病気（病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）（服薬 有・無）（自覚症状 有・無）

□その他（病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□妊娠・授乳中（妊娠・産後　　か月）

★服薬について　*※お薬手帳をお持ちの場合は記載はいりません。提出をお願いします。*

薬品名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

★紹介者について

□ご家族　□ご友人（＿＿＿＿＿＿＿様）　□医療機関（＿＿＿＿＿＿＿）

★ご要望などございましたら記載してください

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）