

問診表

令和 年 月 日記入

フリガナ 氏名	男 女	フリガナ 〒 住所	TEL:携帯	お家での呼ばれ方
年 月 日生	歳			

診療の参考にさせていただきますので下記の質問の当てはまる所にマルを付けて下さい。

どのようにして当院をお知りになりましたか？	1. 広告を見て 2. タウンページ (電話帳) 3. ホームページ 4. 家や職場が近所 5. 通りがかり 6. 紹介してもらった… (紹介者のお名前: _____ 様)
当院を選んで頂いた理由はありますか？	1. 検査をしっかりとる 2. カウンセリング(相談)に力をいれている 3. 予防がしっかりとっている 4. 治療が痛くない 5. その他(_____)
①本日はどうしましたか？	1. 歯石とってほしい 2. 歯の痛み 3. つめ物が取れた 4. かぶせ物が取れた 5. 検診・噛み合わせ・歯並びの相談(自由診療希望) 6. その他(_____)
②痛みはありますか？ * があると答えた方は症状までお答えください。	1. ある 2. ない ・どこが(左上・左下・前歯上・前歯下・右上・右下) ・いつから(_____)前から ・どの様に 1. 冷たいものがしみる 2. 熱いものがしみる 3. 噛むと痛い 4. 何もしなくても痛い 5. 時々痛い 6. 腫れて痛い 7. その他(_____)
③お子様について。	1. 少しの傷でも出血が止まらなかった事がありますか？ (有る . ない) 2. 歯科治療の経験はありますか？ (有る . ない) (:いつ頃 才の時 :どこで _____ 歯科) 3. どのような処置を受けましたか？ (歯を削った・麻酔をした・歯を抜いた・薬をつけた) 4. そのときのお子様の様子は？ (異常はなかった・気分が悪くなった・麻酔がきかなかった) 5. 医師から注意された薬、または体質的に使用しては困る薬はありますか？ (ない・有る:薬の名前(_____)) 6. お子様の体質は？ (正常・喘息・アレルギー:薬剤・麻酔薬・金属・その他 _____) (かかりつけの病院名: _____ 病院 _____ 先生) 8. 次にあげる中でお子様の性格は？ (A・ききわけがよい/反抗的 B・友達づきあいがよい/悪い) (C・勇気がある/恐怖心が強い D・ほがらか/神経質) (E・落ち着きがある/あわてる F・おとなしい/乱暴) (G・気が強い/泣き虫 H・その他 _____) 9. お家での歯磨きについて。 (何回磨きますか？1・2・3・4回以上 :一人で磨く・仕上げ磨きをする) 10. 現在歯磨き以外に予防をしていればお書きください。 (_____) 11. 間食にはどんなものを与えますか？ 例・あめ、チョコレートなど (_____) 1日 _____ 回位 (時間を決めている・いない)
④歯並び・噛み合わせについて 気になる事がありますか？	はい いいえ 1. お子様の習癖について。 (ない・有る :指をくわえる・唇を吸う・唇を噛む・頬杖 _____) (:舌を噛む・歯ぎしりをする・口で呼吸する・口が開いている _____)
⑤今回の治療は…	1. そこだけ治療したい。 2. 悪い所があれば一緒に治療したい。 3. 悪くならないように予防までしたい。
⑥当医院は予約制です。都合の良い時間帯・曜日がありましたら参考にしますのでご記入下さい。	1. 曜日(月・火・水・金・土) 2. 時間帯(午前中・午後・夕方) * 木・日・祝日は休診日です。9:30~12:30、13:30~17:00

※個人情報について

当院は皆様の個人情報を満足と信頼の向上に役立てるべく適切に保護・管理し他に漏洩することのないように大切にお守りします。
当院は皆様からご同意いただいた場合を除き、学会や研修会において個人情報を第三者に提供または開示いたしません。

ご協力ありがとうございました。

あべ歯科クリニック

生活問診表

R 年 月 日

① 歯磨きについて

- 歯磨き指導は受けたことがありますか？ ない ・ ある
- 1日何回歯を磨きますか？ (回)
- いつ歯を磨きますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 毎食後
- 歯肉からの出血はありますか？ ない ・ ある
- 歯石を取ったことがありますか？ ない ・ ある
- (あると答えた方)それはいつごろですか？ (前)
- 歯磨き粉をつけますか？ 練り歯磨き ・ デンタルリンス ・ ジェル ・ つけない
- 補助器具を使用したことがありますか？ ない ・ ある
- (あると答えた方)それはどのような物ですか？ デンタルフロス ・ 糸ようじ ・ 歯間ブラシ ・ タフトブラシ

② 食事について

- 1日 回
- 好き嫌いがありますか？ はい ・ いいえ
- 好きなもの() 嫌いなもの()
- よく噛むことができますか？ はい ・ いいえ

③ 間食について

- 毎日時間をきめて ・ 毎日食べたい時に ・ 時々 ・ とらない

④ 間食にどのようなものをとりますか？

- スナック菓子 ガム アメ チョコレート キャラメル ケーキ 煎餅
- 果物 パン ファーストフード ドーナツ その他()

⑤ よく飲むものは？

- コーヒー 紅茶 緑茶 烏龍茶 牛乳 ジュース 炭酸飲料
- 乳酸飲料 スポーツドリンク ワイン 水

⑥ キシリトールを摂取したことがありますか？

- ない ・ ある

⑦ 歯ぎしり・くいしばり・爪をかむ癖はありますか？

- ない ・ ある

⑧ 吐き気をもよおしやすいですか？

- はい ・ いいえ

⑨ 生活は規則的ですか？

- はい ・ いいえ

(例えば昼夜逆転している、睡眠時間がバラバラなど)

⑩ ホワイトニングをされたことがありますか？

- はい 又は興味がある ・ いいえ

(はいと答えた方)どちらですか？ ホーム(家で) ・ オフィス(歯医者で) ・ その他()

⑪ 今、スポーツを何かされていますか？

- はい ・ いいえ

(はいと答えた方)どんなスポーツですか？ _____