

問 診 表

もりぐち歯科クリニック

(フリガナ)		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平	年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()		
ご勤務先 (学校名)		E-mail		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、 ズキズキいたい、 かむと痛い、 はれた、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (紹介者のお名前:) <input type="checkbox"/> 院前を通して <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> バス案内 <input type="checkbox"/> ホームページ (Yahoo! Google その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ()
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前____時頃 <input type="checkbox"/> 午後____時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: _____ 最低: _____

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい

裏に続きます

生活習慣問診表(小児用)

記入日 年 月 日

お名前

虫歯や歯周病の発生は生活習慣に影響されます。治療の参考に致しますので以下の質問にお答え下さい。

→家族構成(一緒に住んでいる人に○をして下さい)

父・母・祖父・祖母・兄弟(人)・姉妹(人)・その他()

→食事について

- ①毎日3回食事をしていますか? はい・朝食抜き・2食・3食以上・その他
②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()
③食べ物をよく噛んで食べることができますか? はい・いいえ

→間食について

- ①間食はだいたいどのように摂っていますか?
毎日時間を決めて・食べたい時に・外食で摂っている(毎日・週に2~3回)・間食は摂らない
②間食にどのようなものを摂りますか?(毎日摂るものには◎をしてください)
スナック菓子・ガム・アメ・チョコ・キャラメル・アイスクリーム・クッキー・ケーキ・プリン
グミ・おせんべい・和菓子・果物・おにぎり・パン・菓子パン・ファーストフード・ドーナツ
その他()
③よく飲むものは何ですか?(毎日飲むものには◎をしてください)
コーヒー(砂糖 杯)・紅茶(砂糖 杯)・お茶・ウーロン茶・麦茶・牛乳
ミネラルウォーター・コーヒー牛乳・果汁100%ジュース
炭酸飲料(コーラ・ファンタ・サイダー・ペプシ・その他)
乳酸飲料(ヤクルト・カルピス・ジョア・ドリンクヨーグルト・その他)
スポーツドリンク(ポカリスエット・アクエリアス・ダカラ・その他)
機能性飲料(オロナミンC・ビタミンCドリンク・アセロラ・野菜ジュース・その他)

→歯磨きについて

- ①ブラッシング指導を受けたことがありますか? いいえ・はい(約 年前)
②歯磨きは誰がしていますか? 本人・母・父・祖母・祖父・その他()
③いつ歯磨きをしますか? 朝・昼・夜
④歯磨きの時、何かつけて磨きますか?
いいえ・はい(練ハミガキ・デンタルリンス・その他)

→1日の睡眠時間はどれ位ですか? 平均()時間/日

→日中はどのように過ごしていますか? 自宅・保育園・幼稚園・小学校・その他()

→次のような癖はありますか?

ある(歯ぎしり・食いしばり・爪を噛む・唇を噛む)・ない

ありがとうございました