

歯科治療に関する 問診票

ご記入年月日

患者さま氏名

以下の項目は診療に必要な内容です。

記載された個人情報は「当診療所における個人情報の利用目的」の内容以外には使用しません。

【本日、治療してほしい内容は？】 ○をつけ、症状や場所など書いてください。

- 1 歯が痛い、しみる (どこが? どの歯? いつ頃から?)
- 2 歯が動く、ぐらぐらする (どこが? どの歯? いつ頃から?)
- 3 歯ぐきの腫れ、痛み (どこが? どの歯? いつ頃から?)
- 4 出血がある (どこが? どの歯? いつ頃から?)
- 5 むし歯 (どこが? どの歯? いつ頃から?)
- 6 詰め物、かぶせ物がとれた (どこが? どの歯? (取れたものは … 有・無))
- 7 歯石をとってほしい
- 8 口臭が気になる
- 9 フッ素塗布
- 10 義歯に関する治療
()入れ歯の調整 ()入れ歯の修理 ()入れ歯の作製
- 11 検診希望 → ()定期検診 ()会社の検診 ()市民検診
- 12 その他 ()

【健康状態、今までに診断された病気について】 ○をつけるか、病名がわかる場合は書いてください。

- 1 正常、特になし
- 2 心臓病 ()
- 3 腎臓病
- 4 糖尿病
- 5 肝臓病・肝炎 (B型 C型 不明)
- 6 高血圧
- 7 呼吸器の病気 (喘息 肺気腫 他…)
- 8 骨粗鬆症
- 9 脳血管障害 (脳梗塞 脳出血 他…)
- 10 その他 ()

【現在飲んでいる薬はありますか？】

なし あり → () の薬

【安全な治療をすすめるためにお聞きします】

- 特異体質やアレルギー、使えない薬はありますか？
なし あり → () () の薬
どのようにになりましたか ()
- 歯医者で麻酔注射を受けたことがありますか？ ある場合、異常はありましたか？
なし あり → () 異常なし
() 麻酔が効きにくかった () 気分が悪くなった
() 意識を失った () その他 →
- 歯を抜いたことがある方にお尋ねします。歯を抜いたとき、異常はありましたか？
異常なし あり → () 血が止まらない、止まりにくい
() 熱が出た () 何日も痛みが続いた
() 貧血、意識を失った () その他 →
- 女性にお聞きします。現在、妊娠は？
() していない () 妊娠中 → 出産予定日(年 月 日)
- 乳幼児、学童の方にお聞きします。
() 歯科治療は初めて
() 嫌がらずに治療できる () 過去の治療で、泣いたり暴れたりした

【歯と口の健康管理について】

- () 歯周病(歯槽のうろや歯肉炎)予防の指導を受けたい
- () 歯石除去や口腔ケア、むし歯のチェックを定期的に受けたい
- () 歯の磨き方や、歯科関連のグッズを紹介して欲しい

【治療費について】

- 1 すべて保険診療の範囲で
- 2 なるべく保険を希望するが、必要なら自費でも良い
- 3 保険と自費の両方の説明を希望する
- 4 自費になってもいいから最も良い材料で