

No.

医療面接シート(問診票)

記入日: 年 月 日

フリガナ	生年月日	年齢
お名前	(男・女) S・H・R	年 月 日 才
ご住所 〒		
ご職業 (勤務先)		
携帯電話番号	自宅電話番号	
メールアドレス	@	

・現在、通院中の歯科医院はありますか？(ない・ある) あれば医院名[]

・最後に歯医者に行ったのはいつですか？()

本日来院された理由(気になることに✓をつけてください) 複数回答可

- ☐ 歯が痛い・しみる ☐ 歯ぐきが痛い・腫れた・血が出る ☐ 歯がグラグラする ☐ あごが痛い
☐ 詰め物、かぶせものがとれた・壊れた ☐ 入れ歯が合わない・痛い・壊れた・作りたい
☐ 全体的な検査希望 ☐ 歯ならびの相談をしたい ☐ クリーニングをしたい ☐ ホワイトニングをしたい
☐ その他(具体的に)

痛みのある方に いつから痛みますか？

(日・週間・ヶ月)前から痛む

痛み止めは？(飲んでいる・飲んでいない)

今までの歯の治療についておうかがいします

- ・歯科治療で麻酔を使ったことがありますか？ ない ・ ある→(何ともなかった・気分が悪くなった)
・歯を抜いたことがありますか？ ない ・ ある→(異常なし・血が止まりにくかった)

過去・現在で以下の病気にかかったことがありますか？ ある方のみ✓をつけてください

- ☐ 糖尿病 HbA1C 値()わかる範囲で結構です ☐ 高血圧 普段の血圧(/)
☐ 心疾患 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 脳血管疾患 ☐ 認知症 ☐ 貧血 ☐ 不整脈
☐ 心不全 ☐ 喘息 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 肝炎ウイルス ☐ 甲状腺疾患 ☐ 副腎皮質機能不全
☐ てんかん ☐ 慢性腎臓病 ☐ その他(具体的に)

その中で現在も治療をうけている病気はありますか？※すべてご記入ください

病名() 手術の経験(あり・なし)
医院名() 担当医()
服用している薬(あり・なし) / 薬の名前() お薬手帳(あり・なし・持ってくるのを忘れた)

以下であてはまることがありますか？

- ☐ 薬や食べ物等でアレルギーがある(具体的に) うがい薬(ヨード)アレルギーは？(あり・なし)
☐ 現在妊娠している・しているかもしれない ☐ 授乳中 ☐ タバコをすっている ☐ 以前すっていた
☐ 心臓のペースメーカーを使用している ☐ 歯ブラシや器具などを入れると吐きっぽくなりやすい

ご都合の良い曜日や時間帯を教えてください

☐ いつでも ☐ 不定期 ☐ 希望の曜日あり()曜日 時間帯(午前・午後・夕方/)時頃

何でこの医院を知りましたか？

☐ 知人の紹介 ☐ 家族が受診中 ご家族のお名前() ☐ 看板 ☐ インターネット ☐ 近所

どのような治療を希望されますか？

- ☐ 今は痛みのある所または気になる所だけ治療し、また気になる所がある時に来院したい。
☐ 今後はお口の管理のための治療をし、メンテナンスまでしっかり通いたい。