

当院は 初めて 以前に来院 (_____ 年前) 紹介 (紹介者 _____ 様)

ふりがな

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 血液型 _____

住所 〒 _____ 電話 _____ (_____)

e-mail _____ 緊急時 _____ (_____)

職業 _____ 勤務先名 _____ (自宅 会社 他)

【来院理由】

どこが 左上 上前 右上 歯 つめ物 親知らず 舌 唇 あご
左下 下前 右下 歯ぐき 入れ歯 他 (_____)

いつ頃から 2～3日前 昨日 昨夜 今日 他 (_____)

どうされましたか 痛い しみる 腫れた 外れた 具体的に _____

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 起床後 食後 (朝 昼 夜) 就寝前
 1回の時間約 (_____) 分 歯ブラシ以外 (フロス 歯間ブラシ その他)
 タバコは吸われますか 吸わない 禁煙中 喫煙 (喫煙期間 _____ 年間 1日 _____ 本)
 お酒は飲まれますか 飲まない 飲む
 睡眠について 約 _____ 時間 (良好 普通 不良)
 食生活について 習慣的飲物 なし あり (何を飲みますか _____)
 間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】

服用中の薬は なし あり (薬の名前 _____)
 治療中の病気は なし あり (病名 _____)
 薬物アレルギーは なし 抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード 他 (_____)
 その他アレルギーは なし 食物 (食物名 _____) 他 (_____)
 手術の経験は なし あり (いつ頃 _____ 病名 _____)
 かかりつけ医院は _____ 担当医 _____
 その他 _____

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)
 抜歯の経験は なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)
 歯磨き指導の経験は なし 不明 あり (当院 学校 他院)
 歯周治療の経験は なし 不明 あり

【全身の状態】

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ / _____
 けがをして血が止まりにくいことがありますか なし あり
 女性の方へ 妊娠中 (_____ カ月) 予定日 (_____ 月 _____ 日) 授乳中

【診療についてのご希望】

問題のある所は全て治療したい 応急処置のみ希望
 保険の適用範囲で治したい 多少費用がかかってもよいので先生と相談したい

【予約についてのご希望】 ※ご希望があればご記入ください。

希望予約日時 月 火 水 木 金 土 日 / 午前 午後 _____ 時頃

【その他】

ご希望・特記事項があれば記入願います。

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けてください。

岡田歯科医院

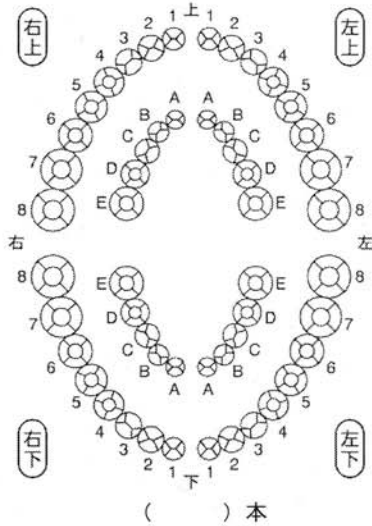
この問診表は診療のための大切な参考資料です。個人情報厳重に管理いたしますので正確に記入願います。

歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前	平成 年 月 日
<p>○次のことについてお伺いします。(口にチェック、または該当するものに○を)</p> <p>1. お口のお手入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯磨きをする時は <input type="checkbox"/>起床後 <input type="checkbox"/>食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/>就寝前 ・1回の時間は () 分くらい ・歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/>フロス <input type="checkbox"/>歯間ブラシ <input type="checkbox"/>その他 <p>2. 喫煙習慣 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>過去にあり</p> <p>3. 睡眠時間 約() 時間</p> <p>4. 食生活習慣について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり() ・間食の取り方 <input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>規則正しい <input type="checkbox"/>あまりしない <p>5. 現在治療中ですか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他)</p> <p>6. 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(薬名:)</p>	
備考	

・次回から文書による情報提供は不要の方は上記備考欄に『文書不要』とご記入ください。
 ・「不要」とされた場合でも歯科医師の判断で文書をご提供することがあります。



○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(部分) なし あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり

○歯や口の状態と全身の健康

- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・冠・根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療 義歯・ブリッジ
- その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

保険医療機関名	岡田歯科医院
所在地	横浜市西区浅間町5-379-5
担当医氏名	岡田 とし江
	Tel.045-311-5963

枠線に沿って切り取ってお持ちください