

問診表 大人用

次の質問に出来るだけ正確にお答え下さい。尚、この問診表は医学上の事柄ですので秘密を守る事を申し添えます

記入日 年 月 日

フリガナ

1. 患者さん氏名 _____ 男 女 電話番号(自宅) _____
住所 〒 _____ 携帯電話 _____
生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 血液型 _____ 職業 _____

2. 今日はどうなさいましたか？

3. 現在の一般健康状態

イ、健康 ロ、悪い ハ、妊娠中(ケ月)

4. 当院を何で知りましたか？

イ、紹介(紹介者名)ロ、看板 ハ、口コミ ニ、タウンページ

ホ、公共機関 ヘ、インターネット(e-mail) ト、その他(再診、)

5. 最近口腔(歯)の治療を受けたのは(ケ月前、 年前)

6. 最近医者にかかった事がありますか イ、ある(どこが悪くて) ロ、ない

7. 次の病気をした事がありますか

イ、心疾患 ロ、血液疾患 ハ、神経病・リュウマチ ニ、腎疾患 ホ、呼吸器疾患

ヘ、糖尿病 ト、肝疾患 チ、胃腸疾患 リ、性病(ズルファミン) ヌ、HIV

ル、輸血をしたことがある(年前) ヲ、花粉症 ア、その他() カ、ない

8. 現在飲んでいる薬がありますか イ、ある() ロ、ない

9. ぜんそく、じん麻疹、湿疹、水虫などにかかった事がありますか

イ、ある ロ、ない ハ、わからない

10. 薬を飲んだり、つけた時”薬まけ”した事がありますか イ、ある ロ、ない

11. 抗生物質(例えば、ペニシリン、クロマイ etc)又は副腎ホルモン剤(例えば、コーチゾン、ボレドニゾロン)、骨粗しょう症の薬を使用していますか

イ、ある(お薬の名前は) ロ、ない

12. 血圧はいかがですか

イ、平常 ロ、高血圧 ハ、低血圧 ニ、わからない (mmHg ~ mmHg)

13. 歯を抜いた時、気分が悪くなりました

イ、なりました ロ、ならない ハ、抜いた経験がない

14. 受診についての希望は

イ、とりあえず痛いところだけ治療したい ロ、チェックして相談したい

ハ、悪いところは全部治療したい ニ、セカンドオピニオンを希望する

15. 治療費について

イ、予め概算を聞いておきたい ロ、その必要はない

16. 治療時間について

午前 時 午後 時 どちらでもよい

都合の良い曜日(曜日) 悪い曜日(曜日)

1回の診療時間は何分ぐらい御希望ですか 15分 30分 1時間

17. 1日に何回歯を磨きますか _____ 回

18. 当院での永続的な予防管理を希望しますか イ、はい ロ、いいえ

19. 家族構成 _____ 出身地 _____

20. 趣味 _____

21. 海外旅行をした事がありますか

イ、ある(旅行先) ロ、ない

22. 今までの歯科治療で、何かありましたか

イ、ある(違和感、不安、恐怖心、その他) ロ、ない

23. 日常生活でストレスを感じていますか

イ、ある ロ、ない ハ、わからない