初診時の問診表

お名前　　様　　記入日　令和　　年　　月　　日

◎　該当するところに記入、又はチェックを入れてください。

■　どうなさいましたか

□　咬むと痛い　□　歯茎が腫れて痛い　□　虫歯がある　□　歯がゆれる　□　しみる
□　つめもの・かぶせものが取れた　□　治療途中の歯がある　□　入れ歯の具合が悪い　□　口内炎
□　できものがある（口唇・舌・その他）　□　アゴの調子が悪い（右・左・両方）　□　歯並びが気になる
□　歯ぎしり・くいしばりの悩み　□　いびき・睡眠時無呼吸症候群の悩み　□　ホワイトニング相談
□　歯の清掃と検診希望　□　フッ素希望　□　インプラント相談　□　その他（　　）

■　それはどこですか

□　全体的に　□　場所（　　）

■　いつ頃からですか

□（　　）日前から　□（　　）ヶ月前から　□　その他（　　）

■　どのように痛みますか

■　特に記入しておきたいこと

■　現在治療中の病気はありますか　□　いいえ

□　高血圧（　　／　　mmＨｇ）　□　虚血性心疾患（　　）
□　不整脈　□　心不全　□　気管支ぜんそく　□　慢性気管支炎　□　慢性腎不全
□　糖尿病（HbA1c　　/空腹時血糖　　mg/dl）　□　骨粗鬆症　□　胃腸病
□　脳血管障害（　　）　□　誤嚥性肺炎　□　認知症
□　血液疾患（　　）　□　アレルギー（　　）
□　肝臓病（　　）　□　肝炎（　　型）
□　膠原病（　　）　□　その他（　　）

■　現在服用している薬はありますか

□いいえ　□はい（　　）

↳（病院、薬局で渡されるお薬の写真や説明文を書いた用紙があれば提出してください）

◎　生活習慣について、次のことについてお伺いします。（□にチェック、または該当するものに○を）

1.　お口のお手入れについて

- 毎日歯磨きをしていますか？　（1日　回）　□　起床後　□　食後（朝・昼・夜）　□　間食後　□　就寝前　□　磨かない日もある
- １回にかける時間は？　（　　）分くらい
- 歯ブラシ以外の清掃用品は　□　フロス　□　歯間ブラシ　□　ポイントブラシ　□　舌ブラシ　□　電動音波歯ブラシ　□その他（　　）

2.　タバコを１日どれくらい吸いますか？

□　吸わない　□　過去に吸っていた　□　吸う（1～10本・11～20本・21本以上）

●　女性の方へ

現在妊娠中？　□　はい（　　週目　/ つわりは　ある・ない）　□　わからない　□　いいえ
現在授乳中？　□　はい　□いいえ