

ふりがな
お名前：

生年月日：（大・昭・平・令） 年 月 日

ご住所：（〒 - ）

お電話番号：

携帯番号：

メールアドレス：

ご勤務先：

（ご職業： ）

所在地：

お電話番号：

（連絡可・否）

- ◇ 当歯科医院には 初めてのである ・ 前に来た （ 年 ヶ月前）
- ◇ どうされましたか
1. 歯が痛い 2. 歯肉が痛い 3. つめたものがとれた
4. 虫歯を直したい 5. 入れ歯が合わない 6. 入れ歯を入れたい
7. 歯石を取りたい 8. 歯並びを直したい 9. 検診希望

問診	全身の状態	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 心血管疾患	<input type="checkbox"/> 妊娠（ ヶ月）
		服薬歴	薬剤名（ ）			
生活習慣の状況	・ 1日の歯磨きの回数	（ ）回				
	・ 歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食後	<input type="checkbox"/> 夕食後	<input type="checkbox"/> 就寝前	
	・ 習慣的飲料	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料	<input type="checkbox"/> ジュース	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	・ 間食のとり方	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> 不規則		
	・ 施行清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> フロス	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> なし	
	・ 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 過去にあり		
	・ 睡眠時間	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> やや不足	<input type="checkbox"/> 不足		
	・ 歯磨き方法	<input type="checkbox"/> 習ったことがある		<input type="checkbox"/> 習ったことがない		
	・ その他	（ ）				

- ◇ 今まで歯科医院で歯の周りに麻酔をしたことがありますか？ （ ない ・ ある ）
- ◇ 最近抜歯をしたのは（ 年 ヶ月前）その時に何か異常はありましたか？ （ なかった ・ あった ）
- 異常のあった方→ 血が止まらなかった ・ 気分が悪くなった ・ 何日も痛みが続いた ・ 熱が出た
- ◇ 今まで薬による副作用がありましたか？ （ なかった ・ あった ）
- 副作用→ 発疹 ・ かゆみ ・ 胃痛 ・ その他（ ）
- ◇ 食べ物によるアレルギー反応はありますか？ （ ない ・ ある ）
- アレルギー反応→ じんましんが出た ・ 気分が悪くなった ・ その他（ ）
- ◇ 他にアレルギー体質はありますか？ （ ない ・ ある → ）
- ◇ 来院される時間は何時頃がいいですか？ （ 午前 ・ 午後 時頃）
- ◇ ご紹介されましたか？ （ いいえ ・ はい → 様）（インターネットサイト名： ）