

ビー・アイ歯科診療所問診表

ふりがな		記入日	平成	年	月	日
氏名		カルテNO.				

*次のことについてお伺いします。(口にしのチェック、該当するものに○、または文字をお入れ下さい。)

来院された理由	いつから	場所						
・歯が痛い ・歯がしみる ・歯茎が腫れた ・継続 ・その他()	・入れ歯の調整 ・入れ歯が壊れた ・詰め物が取れた ・クリーニング(歯石とり他)	1. 今日から 2. () 日前から 3. () か月前から						
		<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>前上</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>前下</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上						
右下	前下	左下						

歯を抜いた事は?	1. ない 2. ある
歯を抜いた時の異常は?	1. ない 2. ある {血が止まりにくかった・熱が出た・麻酔が効かなかった・貧血を起こした・何日も痛みが続いた・その他()}
血圧は?	1. (上・下) 2. 正常 3. わからない
アレルギーは? (食物、薬など)	1. ない 2. ある {麻酔薬・抗生物質・ピリン系薬剤・ぜんそく・しっしん・花粉症・食べ物()・その他()}
今迄にかかった病気は?	1. ない 2. ある {心臓病・肺炎・高血圧・肝炎・肝臓病・糖尿病・脳梗塞・他()} 病院名: 医師名:
飲んでいる薬は?	1. ない 2. ある (薬名:) * (お薬手帳をお持ちの方は、一緒にご提出ください。)
女性のための質問	1. 妊娠してません 2. 現在: 妊娠 月 (出産予定日: 平成 年 月 日)

1. お口のお手入れについて	
・歯みがきをする時は	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
・1回の歯みがき時間は?	() 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"/> 洗口液 <input type="checkbox"/> その他
2. 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去あり
3. 睡眠時間	約 () 時間
4. 食習慣について	
・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
診療についてのご希望は?	1. 悪いところは全部 2. 来院した理由の所のみ ①すべて保険で ②なるべく保険、きかない所は自費 ③自費で

連絡先	自宅電話:	携帯電話:
-----	-------	-------