問 診 (大人用)



初診の方はできるだけ正確にご記入ください

ふりがな	明·昭 +				
氏 名 男·女	大·平	年	月	日生	才
住 所 〒	Tel	-	携帯	-	_
勤務先(学校名)	職業		紹介者		
◆ 本日来院された主な理由は?					
1. 歯が痛い 2. 虫歯がある 3. 虫	歯がないかる	みてほしい	4. (よぐきがは	れた
5. 顔がはれた 6. 口臭 7. 歯並びが悪	ハ 8 . はぐ	きから血が	出る 9	9 . 入れ歯を	と入れたい
10. インプラントの相談をしたい	11. その他	ļ			
◆ 歯の治療の経験は?	無・有	病院名			
◆ 口の中に麻酔の注射をした事がありますか?	無・有				
◆ 今まで歯を抜いたことがありますか?	無・有				
◆ 麻酔や抜歯で気分が悪くなった事がありますか?	無・有				
◆ 血が止まりにくかった事がありますか?	無・有				
◆ 薬や食べ物でアレルギー(じん麻疹ができたり)	気分が悪くな	(ったり)			
を起こしたことがありますか? 有(どんな	薬・食物で)•無	ŧ
◆ 今までにかかった病気、又は現在かかっている病					•
	。 病 5 . ア	ソフルギーク	k質		
6. 高血圧(/) 7 . 低血圧(/			名		
) U . C				
◆ 家族の方で肝臓疾患の方はいますか? いいえ	・ はい (E	B型,C型,薬	薬物など)_	病 名	
◆ 現在妊娠中ですか?(女性の方) いいえ	・はい(ケ	月)		
◆ 現在飲んでいる薬はありますか? いいえ	はい(事	ጅ名)
◆ 現在かかりつけの病院はありますか? いいえ	はい(病	涛名)
◆ 今回の治療では? 1 . とりあえず今、気	にたス (宮	い) 味だけ	治したい		
▼ クロの冶源では: 1. こりのんすう、対2. 悪いところは全部		017 7717617	/L 0/201		
	0/201				
◆ 治療にかかる時間(期間)のご希望 1. 多少時間が長くて	生 一度に	名くの治療	まして日	/ 終わらせ	たい
1. ショル同の 及へ C 2. 来院期間が長くな					
◆ 当院を何でお知りになりましたか?					
1. ホームページ、ネット 2. 電柱広告 3. 知 人 4.	雑誌() 5. そ(の他()
◆ 当院がマイナ保険により、あなたの診療情報(§	多診歴. 検診	· 雅. 服薬原	を情報等)	を取得する	ることに
▼ □前の 、「フ 体的により、 のなたの 即原情報 (3) 同意しましたか?	~U~ I~U>	11127511	±113∓K U /	C-10 7 (
はい・い	いえ	_			
当院では患者さんの診療情報を取得・活用す	ステレヒトロ	∩暦の言い	医療の世/	出に奴めて	ルます

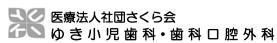
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診料)加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場

ご提供頂いた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

◆ その他ご希望があればご記入ください。

以上ご協力ありがとうございました。



)

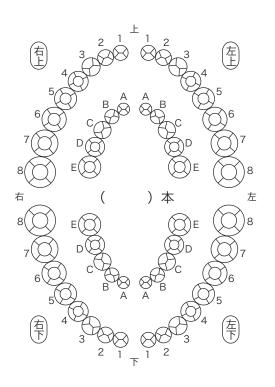
歯と口の治療管理

(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、大枠内の必要事項をご記入くだ さい。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

平成 年 月 日

フリガナ お名前	1	年	月	日生(才)	ヶ月	性別:男	・女		
住 所	₸	職業		TEL (携帯)		_			
O 14.1=										
○以下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○を記入してください)										
1.	本日はどうされましたか(歯が痛い 歯ぐきがはれた	むし歯が	がある	歯石をと	りたい	入れを	気を作りた	こしり		
	入れ歯が合わない 歯を抜いてほしい その他)		
2.	お口のお手入れについて									
	・歯磨きをする時は □起床後 □食後(朝・昼・夕):	分位				
	・歯ブラシ以外の清掃用品は ロフロス 口歯間で	ブラシ	□そのイ	也						
3.	喫煙習慣 □なし □あり									
4.	母乳・哺乳瓶でミルクを飲んでいる □はい □]いいえ								
5.	食生活習慣について									
	・習慣的飲料物 □なし □あり()						
		口あまり								
6.	今までにかかった病気、または現在、治療中の病気は									
	□ない □ある 病名(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧	E・その化	也)				
7.	現在、飲んでいる薬はありますか □ない □ある	薬名()		
8.	歯科治療で麻酔注射をしたり、歯を抜いたことがあり	ますか	□l	いえ	□はい					
9.	その時具合が悪くなったことはありますか □いい	え	コはい							
10.	食べ物や薬でアレルギーはありますか 口ない	□ある	()			
11.	現在、妊娠中ですか 口いいえ 口はい(ヶ月)	口検	査を受け	る予定					
12.	本日の体調はいかがですか □良い □普通	□悪∪	۱,							
備考										

- ・次回から文書による情報提供の不要な方は上記備考欄に「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

口むし歯(つめる・進行止め・冠・根の治療) 口抜歯

□歯肉炎・歯周病の治療 □義歯・ブリッジ □クリーニング

口予防(フッ素・シーラント) 口その他(

○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)

医療機関名 医療法人社団さくら会

(担当歯科医) ゆき小児歯科・歯科口腔外科