

票 問 質

◆適切な診断と安全な医療を行い、また、貴方の健康維持と歯科治療の希望を知りたいために、次の質問にお答えください。（なお、この調査事項は個人のプライバシーにかかわることですので秘密を厳守することを申し添えます。）

当てはまる事項に☑を入れ、「()」に補足事項をご記入ください。

西曆 年 月 日

お名前 ()

1. 当診療所にお見えになったのは？

- ☐ 歯が痛い
- ☐ 歯肉が腫れた・歯周病が気になる
- ☐ 痛みはないが、虫歯がある
- ☐ つめ物、さし歯がとれた
- ☐ 入れ歯を作ってほしい
- ☐ インプラント治療を受けたい
- ☐ 歯並びを治したい
- ☐ 歯の汚れや歯石を取ってほしい
- ☐ 歯を白くしたい
- ☐ 顎が痛い、口が開けづらい
- ☐ 歯の健康診断をしたい
- ☐ その他（

2. 歯科で麻酔処置の経験はありますか？

- ☐ ある ☐ ない

あるとお答えの方のみお答えください。

- ☐ 特に異常はなかった
☐ 気分が悪くなった
☐ 麻酔が効きづらかった
☐ その他（

3. 身体に合わないお薬や医師から注意を受けたお薬はありますか？

アレルギーを起こすものはありますか？

- ☐ 薬 剤 ()
☐ 食 品 ()
☐ ゴム・ラテックスなど
☐ 金 属 ()
☐ 花 粉 ()
☐ その他 ()

4. 現在の健康状態についてお答えください。

- ☐ 良 好
☐ 妊娠中 (か月)
☐ 授乳中
☐ 通院中
☐ 病 名 ()
☐ 病院名 ()
☐ 主治医名 ()

5. 下記の病気にかかったことがあるか、または現在かかっていますか？下に現在の状態を詳しくかいてください。

- ☐ 高血圧症
- ☐ 心臓疾患
- ☐ 血液疾患
- ☐ 貧血
- ☐ 胃腸疾患
- ☐ 腎臓病
- ☐ 糖尿病
- ☐ 甲状腺疾患
- ☐ 肝臓病（A B C 型肝炎・慢性肝炎など）
- ☐ 脳血管疾患（脳梗塞など）
- ☐ アレルギー疾患（気管支喘息など）
- ☐ 自己免疫疾患（膠原病、関節リウマチなど）
- ☐ 骨粗鬆症
- ☐ 悪性新生物（肉腫、癌など）
- ☐ その他

6. 服用中・服用していた薬剤について教えてください。

お薬手帳はお持ちですか？

- ☐ 持っている ☐ 持っていない

下記のお薬を飲んだことはありますか？

- ☐ ダイドロネル ☐ ボナロン
☐ フォサマック ☐ アクトネル
☐ ベネット ☐ リカルボン
☐ ボノテオ ☐ ステロイド類

現在服用中のおくすりについて詳しくお書きください。

7. 診療等についてご希望があれば、ご自由にお書きください。

8. 当診療所にかかっているご家族のかたはいらっしゃいますか？

お名前 ()

以上ご協力ありがとうございました。