



## 問診票

フリガナ

氏名

性別 男・女

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

〒

住所

電話番号（自宅）

（携帯）

メールアドレス

※予約変更の際のご連絡先となります。記入のご協力をお願いします。

・ 当院を知ったきっかけ ○は複数でも可

1. 知人の紹介（知人様のお名前 \_\_\_\_\_） 2. 看板を見て  
3. インターネットを見て 4. チラシを見て  
5. その他（ \_\_\_\_\_ ）

・ 当院への来院理由 ○は複数でも可

**部位** 右上の 左上の 右下の 左下の 右の上下の 左の上下の 上の 下の

1. 歯が痛い 2. 虫歯がある 3. 歯周病の治療の為 4. 定期検診  
5. 入れ歯が痛い 6. 顎が痛い 7. 親知らずの抜歯 8. 矯正治療  
9. その他（ \_\_\_\_\_ ）

- ・ 麻酔の経験 有 無 麻酔の際に異常の経験 有 無  
・ 抜歯の経験 有 無 抜歯の際に異常の経験 有 無  
・ 現在治療中の病気 有 無 （例：骨粗鬆症 \_\_\_\_\_）  
・ 以前治療をしていた病気 有 無 （例：糖尿病 \_\_\_\_\_）  
・ 手術の経験 有 無 （ \_\_\_\_\_ ）  
・ かかりつけ医 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）  
・ 服用中の薬 有 無 （ \_\_\_\_\_ ）

# 歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

No.

氏名

## 【患者様記入欄】

お名前		令和 年 月 日
問診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	【投薬歴】（薬剤名 ）	
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨き回数（ ）回 ・歯磨きの時間 <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 ・歯磨きにかかる時間（ ）分 ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他（ ） ・間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない ・歯口清掃器具の仕様 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ・喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 有（1日 本） <input type="checkbox"/> 無 ・飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・睡眠時間 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 十分（ ）時間 ・歯磨き方法 <input type="checkbox"/> 習ったことがない <input type="checkbox"/> 習ったことがある ・その他（ ）	
備考		