

年 月 日

ふれあい診療 ～ 質問表 氏名 \_\_\_\_\_ 様 (NP・OP・EM・Re-call)

すでにお尋ねし、重複があるかと思いますが次の質問に お答え下さい。生年月日大・昭・平 年 月 日 才  
 歯科を中心とした、あなたの生涯サポートシステムのデータとなります。

この質問表は、カルテと共に極秘扱いとすることをとお約束致します。 御職業・会社名 \_\_\_\_\_

該当するところに○印を付けて下さい（複数回答でも結構です）	
お口の中で困っていることはありませんか 一番気になっている所から番号を 振って下さい。  その中で緊急を要する所がありますか	<input type="checkbox"/> 食べ物がはさまる <input type="checkbox"/> 咬み合せが悪い <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 歯が浮いた感じがある <input type="checkbox"/> 口内炎が出来やすい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯の形態が気になる <input type="checkbox"/> 以前の治療がこじれた <input type="checkbox"/> 取り外し式の義歯が不調 <input type="checkbox"/> 歯を失った <input type="checkbox"/> その他  問題の部位：
口臭が気になることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい（どの様に _____） <input type="checkbox"/> いいえ
黄ばんだ歯を白くされたいですか	<input type="checkbox"/> はい（どの部位 _____） <input type="checkbox"/> いいえ
歯ぎしりや、食いしばることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 他人に言われた <input type="checkbox"/> いいえ
肩がこったり、首や腰が痛みますか	<input type="checkbox"/> はい：肩・首・腰（左・中央・右） 頭・胴体 その他 _____ <input type="checkbox"/> いいえ
鼻がつまりやすく、口で呼吸することが しばしばありますか	<input type="checkbox"/> はい：アレルギー性鼻炎・花粉症・その他 <input type="checkbox"/> いいえ
イビキをかくことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 他人に言われた <input type="checkbox"/> いいえ
睡眠時間はどれくらいですか	時間（ 時～ 時） <input type="checkbox"/> 熟睡できる <input type="checkbox"/> 出来ない
性格について	<input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 楽天的 <input type="checkbox"/> 感情的 <input type="checkbox"/> 依頼心が強い <input type="checkbox"/> 冷静 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 積極的   その他 _____
ストレスを感じやすいタイプですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> いいえ どういった時に感じますか、○を付けて下さい <input type="checkbox"/> スケジュールなどの時間の関係 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 何で解消されますか：
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ 歳～ 歳） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日何本位吸いますか _____ 本 <input type="checkbox"/> 何歳頃から吸い始めましたか _____ 歳
運転をされますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> あまりしない <input type="checkbox"/> いいえ

現在のご住所、お電話番号をご記入下さい。

〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 携帯電話 \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

また、緊急の際のご連絡先もご記入下さい。 \_\_\_\_\_

初診の方は当院の診療を希望された理由に○をお付け下さい。

- 近いから   看板を見て   インターネットなどから   評判を聞いて   時間帯など  
システムがあっというので   紹介されて（ \_\_\_\_\_ 様）   その他

裏面のアンケートにもお答え下さい

今迄にハブラシ指導を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃_____どの様に_____当院・他院) <input type="checkbox"/> いいえ
現在、ご使用のハブラシは。 また どれくらい使っていますか	商品名_____ (硬め・普通・柔らかめ) 使用日数 _____日位使用している
歯ブラシ以外に補助道具を用いますか または 以前使っていましたか	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ(サイズ:S・M・L) <input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> ウォーターピック <input type="checkbox"/> その他_____
いつ歯を磨きますか	<input type="checkbox"/> 起床時 <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回の磨き時間____分 1日____回位
歯磨き粉は使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用している 使用量 ハブラシの上____cm <input type="checkbox"/> 使用していない
1日何回食事されますか (間食も含みます)	回位 食事と食事の間の飴やお茶なども1回に含まれます お酒はよく飲まれますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食事や栄養について、指導を受けられたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい 下記の好きな食べ物に○を付けて下さい 飴・ガム・チョコレート・和菓子・クッキー お茶 コーヒー・紅茶は、砂糖はスプーン何杯入れ ますか。 _____杯 乳酸飲料水・清涼飲料水・缶ジュースは 1日何本飲みますか。 _____本 その他_____
	<input type="checkbox"/> いいえ
3D(除菌)予防システムや、フッ素治療について ご存知ですか	<input type="checkbox"/> 3Dシステム 知っている・実施している・知らない <input type="checkbox"/> フッ素治療 知っている・実施している・知らない
インプラント治療についてご存知ですか	知っている・知人から聞いた事がある・知らない
現在、歯科以外で治療を受けていらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> はい _____科 _____科 <input type="checkbox"/> いいえ
以前、大きな病気をされましたか	<input type="checkbox"/> はい 病名_____ _____年頃 <input type="checkbox"/> いいえ
服用中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい 薬品名_____ <input type="checkbox"/> いいえ
足のトラブルがありますか 以前、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい ウオの目・タコ・外反母趾・その他 治療を受けた時期_____年頃 <input type="checkbox"/> いいえ
脚の左右対称性が気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ほうれい線やお顔の左右対称性が気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
唾液が出にくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい いつ頃からですか_____ <input type="checkbox"/> いいえ
以下の2つの質問はご婦人のみお答え下さい	
妊娠中の状態をお知らせ下さい	つわりは <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軽い
生理は規則正しくありますか	<input type="checkbox"/> 正し <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経

治療について何かご希望の点がありましたらお書き下さい。

・

・

横浜山手デンタルクリニック