

アルパーク歯科・矯正・栄養クリニック 初診受付

フリガナ

ご氏名

生年月日 大 昭 平 年 月 日 才 男性 女性
 (どちらもご記入して下さい) 西暦 (年)

ご住所 〒

お電話 (急なご連絡の時に必要です) () - 携帯電話 - -

メールアドレス (お約束の確認メールをご送付致します) @

お仕事

ボールペンでご記入下さい。

問診票 健康状態について

・飲んではいけない薬があります。

「気管支喘息は全人口の約1%。その内、アスピリン喘息は、消炎鎮痛剤で激しい喘息発作が起きます。通常の消炎鎮痛剤は服用してはいけません。」

・飲まないといけない薬があります。

「ある心疾患では、抜歯前に、感染予防のため、抗生物質の服用が必要です。」などです。

・詳しくご記入くださいませ。

「この位は言わなくても大丈夫だろう」、は、思わぬトラブルにつながります。

○印はいくつでもお付け下さい。または、その他欄にご記入下さい。

・ご病気がありますか？ 今、昔も含めてご記入下さい。

・なし

- ・**脳心臓** 脳梗塞 狭心症 心筋梗塞 不整脈など (医科の協力が必要) ペースメーカー(電気メスは不可)
- ・**心臓** 中隔欠損 心臓弁膜症など (抜歯等で心内膜炎等の危険があります)
- ・**血液** 血が止まりにくい 抗凝固療法 抗血小板療法など (休薬の必要があるかもしれません)
- ・**血圧** 高血圧 低血圧 動脈硬化 甲状腺機能亢進など (麻酔・ストレス・薬に配慮が必要です)
- ・**骨** 骨粗しょう症など (ビスフォスフォネート製剤+歯科治療で、顎骨に腐骨形成が報告されています)
- ・**関節** 人工関節 関節置換手術など (抜歯等で感染の危険があります)
- ・**内臓** 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃十二指腸潰瘍 その他 ()
- ・**鼻のど** 鼻炎 副鼻腔炎 鼻の手術経験 強い嗅覚低下 扁桃腺など (他のアレルギーに関連します)
- ・**感染症** B型肝炎 C型肝炎 その他 ()
- ・**心身** うつ病 心身症 不眠症 統合失調症 その他 ()
- ・**その他** 頭痛 その他 ()

・常用薬、今飲んでいる薬がありますか？ (鎮痛薬・抗生剤との併用で副作用があるものがあります。)

・なし ・あり ()

例 ~医院で血圧を下げる薬をもらっている

・かぶれ・アレルギーなどはありますか？ご家族の方はどうですか？

- ・なし
- ・喘息 喘息、アスピリン喘息、喘息発作入院が多い
- ・アレルギー 抗生物質・鎮痛剤・薬品名 ()
歯磨き粉 (アスピリン喘息に関連)、化粧品・防虫剤・防カビ剤 (以上喘息に関連)
花粉症・ダニ・ハウスダスト・アルコール・その他 ()
- ・かぶれ・湿疹 掌蹠膿疱症 手のひらの荒れ 足の裏の荒れ 口内炎がよくできる
ゴム・時計・イヤリング・指輪・ブレスレット・なめし皮 ・その他 ()
香辛料 (アスピリン喘息に関連)
果物 イチゴ・ブドウ・柑橘類 (以上喘息に関連)
バナナ・アボガド・キウイ・いちじく・パパイヤ (以上ゴムに関連)
野菜 トマト(ゴム・喘息)、ピーナッツ・じゃがいも・クリ(以上ゴム)、きゅうり(喘息)
- ・その他 ()
例 OOO で手が荒れる。 兄弟に鼻炎、アトピー性皮膚炎がある。
- ・歯垢染色液 (3歳児死亡例あり) 初めて or 2回目以上(アレルギーは出ましたか？→)

・体調について

- ・イライラしたり不安になることがある。
- ・夜はなかなか眠れない、または、眠れた気がしない。
- ・ストレスを感じる。
- ・意欲や集中力が低下していると感じる。
- ・いつもより疲れやすい。
- ・過食傾向になっている、または、食欲がない。
- ・その他 ()

・薬剤 (内服・注射・麻酔など)、処置 (抜歯・献血・採血) で、具合が悪くなった事がありますか？

- ・なし
- ・あり ()

・歯科の麻酔経験は何回くらいですか？

- ・なし
- ・1回
- ・2回
- ・3回
- ・4回以上

・いま妊娠していますか。

- ・なし
- ・出産を考えている
- ・妊娠 ヶ月 (ご出産予定 年 月)

・上記内容に、お間違いございませんか？ ご署名

・ご都合の良い曜日・時間に○ ・ご都合の良いくない日時に×を お願いします

- ・月曜 午前
- ・火曜 午前
- ・水曜 午前
- ・木曜 午前
- ・金曜 午前
- ・土曜 午前
- ・日祝 午前
- 午後
- 午後
- 午後
- 午後
- 午後
- 午後
- 午後

・当院を何でご存知になりましたか？

- ・ご紹介 様
- ・インターネット どういうキーワードで検索なさいましたか？ ()
- ・アルパークの案内 ・その他 ()

問診票 歯科治療について

ご署名 _____

・今回のご来院は、かなり勇気がいりましたか？

・なし ・多少 ・とても

・異常に気づいてから、ご来院までどのくらいの期間が必要でしたか？

・数日 ・数週間 ・数か月 ・半年 ・1年 ・数年

・歯科治療は怖いですか？ それはどんな内容ですか？

・なし ・多少 ・とても
・痛み ・音 ・麻酔 ・歯を削る事 ・抜歯 ・神経を取る事
・型をとる時 ・歯石を取る時
・それはなぜですか？ ()

・質問しにくい、治療が痛くても止めてくれないと感じることはありますか？

・なし ・質問しにくい ・治療が痛くても止めてくれない

・普通の歯科医院は信頼がおけますか？

・とても信頼できる ・多少 ・信頼できない

・痛む歯は、抜いてしまった方がいいと思いますか？

・抜きたくない ・多少 ・抜いてしまいたい ・その他

・食べ物が歯にはさまりますか？

・なし ・右上の歯 ・右下の歯 ・左上の歯 ・左下の歯 ・全体の歯 ・その他

・歯ブラシで歯を磨く時、歯に押し付ける圧力はどうですか？

・圧力は強くないと思う ・圧力は強いと思う ・分からない

・フロスや歯間ブラシをしていますか？

フロスを ・ほぼ毎日する ・たまにする 歯間ブラシを ・ほぼ毎日する ・たまにする ・していない

・治療後は、歯のメンテナンスに通っておられましたか？

・3か月に1回程度 ・半年に1回 ・年に1回 ・痛んだ時だけ行く ・その他

・この1年で、何回風邪をひきましたか？ (風邪と歯周病の関連を調べています)

・0回 ・1回 ・2回 ・3回 ・4回 ・5回 ・6-7回 ・8-10回 ・11回以上

・風邪をひいたら、回復までどのくらいかかりますか？

・翌日には治る ・2-3日 ・4-5日 ・6-7日 ・8日以上

ありがとうございました