



# お口の健康管理のために

来院日: 年 月 日

フリガナ	生年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日 歳
氏名	男・女 紹介者
住所 〒	こちらから連絡する場合がございます。連絡が付きやすい番号をご記入下さい。 電話番号 携帯電話
どうなさいましたか?	歯が痛い・歯肉がはれた・詰め物がとれた・入れ歯を作りたい 入れ歯がこわれた・歯の清掃をしたい・検査をしたい その他( )
歯を抜いたことはありますか?	いいえ・はい(いつ頃ですか?)
歯を抜いた時に異常はありましたか?	いいえ・はい(どうしましたか?)
現在の健康状態はいかがですか?	良好・不良・妊娠(週)・熱(℃)
現在歯科以外の病院に通院中ですか?	いいえ・はい(科)
内科的疾患はありますか?	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高血圧</li> <li>・ 心疾患 ( 心筋梗塞 / 狭心症 / 他</li> <li>・ 肝疾患 ( B型肝炎 / C型肝炎 / 他</li> <li>・ 腎疾患 ( 腎不全 / 他</li> <li>・ 呼吸器疾患 ( 気管支喘息 / 他</li> <li>・ 脳疾患 ( 脳梗塞 / 他</li> <li>・ 消化器疾患 ( 胃潰瘍 / 他</li> <li>・ 精神疾患 ( うつ病 / 他</li> <li>・ HIV</li> <li>・ その他( )</li> </ul>
現在何か薬を飲んでいますか?	いいえ・はい(薬剤名)
特異体質、アレルギーはありますか?	いいえ・はい( )
生活習慣	喫煙習慣 なし・あり(本 / 日)
麻酔に関して	必ず麻酔をしてほしい・なるべく麻酔はしたくない・任せます
受診の際のご希望 (口にチェック)	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけなおしたい
診療費のご希望 (口にチェック)	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で <input type="checkbox"/> 多少の費用であれば自費も可能
ホワイトニングに興味はありますか?	はい・いいえ・説明を聞きたい

☆ 歯・歯肉の状態・検査結果

歯周病 あり・なし  
虫歯 あり・なし

☆ 治療予定

- 虫歯の治療
- 歯周病の治療
- 義歯またはブリッジ
- その他

☆ 治療期間

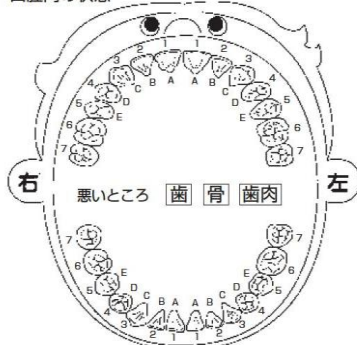
( )週( )回で約( )カ月程度

☆ カウンセリングを希望しますか?

はい・いいえ

上記の説明を受けました  
 (患者さんチェック欄)

口腔内の状態



[保健医療機関名]

医療法人社団 緑相会  
エムズ歯科コピーオ

[担当歯科医氏名]

[担当歯科衛生士]

# 全身疾患等に関する問診表

令和 年 月 日

ふりがな	大・昭・平・令
氏名	年 月 日

当院での治療を安心して行う為に、歯科治療時における偶発症を防ぐ事を目的として以下の記載をお願いします

1. 該当する項目に✓点をつけて下さい

糖尿病

骨粗鬆症に✓された患者様にお伺いします。

骨吸収抑制薬を服用していますか

服用している 服用していない

骨粗鬆症 (こつそしょうしょう) →

関節リウマチ

高血圧性疾患

心不全

不整脈・心不全・脳血管障害に✓された患者様にお伺いします。

血液がサラサラになるお薬を服用していますか

服用している 服用していない

不整脈

脳血管障害

虚血性心疾患

甲状腺機能亢進症

慢性気管支炎

慢性腎臓病

自律神経失調症

感染性心内膜炎

副腎皮質機能不全

人工呼吸器を装着している

ぜんそく

在宅酸素療法を行っている

てんかん

HIV

(女性の方へ) 現在妊娠されていますか

している ( 月)

していない

✓点が入った患者様にお伺いします

当院では歯科治療を安全に進めていくにあたり、患者様のかかりつけ医師に3ヶ月に1度程度服薬等の情報共有を行っております。

かかりつけ医療機関のある患者様は以下のご記入をお願い致します。

情報共有にご同意いただけますか

はい

かかりつけ医療機関名：

担当医：