

問 診 票

フリガナ	〒 ー 住所：				
名前：	誕生日：T.S.H	年	月	日	御紹介者：
御家族：	人				
TEL	()	FAX	()	携帯	
どうなさいましたか	ムシ歯の治療	歯周病の治療	義歯希望	矯正	出血
	歯石除去	インプラント	歯の漂白	検診	口臭
当院は	始めて	過去に来たことがある	約	年前	
どこがお痛みですか	右上	上前	左上	①歯	②歯肉
	右下	下前	左下	③頬	④舌
				⑤唇	⑥顎
				⑦顎関節	⑧その他
いつから	()日前から	時々	ずっと前から		
昨夜は	いたくない	痛い	眠れた	眠れない	
	薬を飲んだ(薬の名前)				
今は	いたくない	少しいたい	ひどく痛い		
痛み方は	ズキズキ痛い	ズーっと痛い	歯を合わせると痛い		
	痛んだり止まったり				
冷たいものは	しみる	しみない			
熱いものは	しみる	しみない			
歯を抜いた経験	ない	ある	(年前	月前)	
その時何か異常は	ない	ある	貧血を起こした	何日も痛んだ	
ありましたか			血が止まらなかった	熱が出た	
薬の副作用は	ない	ある	胃が痛くなる	アレルギー	
			発疹ができる		
今薬をのんでいますか	ない	はい(薬の名前)			
歯科の麻酔をして					
異常は	ない	ある			
特異体質や	ない	ある	かぶれ易い	湿疹ができる	
アレルギーは			ぜんそくがある	アトピー	
入院・手術の経験	ない	ある			
内科的の病気は	なし	心臓	高血圧	肝炎(A B C D E 型)	
ありませんか	糖尿	腎臓	妊娠(ヶ月)	その他()	
喫煙の有無	ない	ある(本/日)			
飲み物(毎日)	ない	ある(ビール・お酒・コーヒー)			
ブラッシングは	起床時	食後(朝・昼・夕)			就寝前
歯ブラシ以外に	フロス・歯間ブラシ・電動ブラシ・その他()				
お使いのものは					
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療		<input type="checkbox"/> 今痛んでる所だけ治療		
診療についての	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で				
御希望	<input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でもいい				
	<input type="checkbox"/> 診療の都度、毎回発行してほしい				
	<input type="checkbox"/> 月に1回、まとめて発行してほしい				
領収証の発行について	<input type="checkbox"/> 治療終了時に、まとめて発行してほしい				
	<input type="checkbox"/> 1年に一度、まとめて発行してほしい				
	<input type="checkbox"/> 領収証は不要です				
ご署名					
(ご本人 または 保護者)					

ID CODE : _____

Dry Mouth CHECK SHEET

記入日： 20 年 月 日

名前： _____

症状をお聞かせ下さい！

- 口が渴く
- 喉が渴く
- 口の中がネバネバする
- 口の中が痛い
- 舌が痛い
- 舌がつるつるになっている
- パン、ビスケットやクッキーなど乾いたものが食べにくい。お茶やCOFFEEが必用
- 味が分からない
- 目と口が乾く
- 口角が荒れる、切れる
- 唇が乾く、荒れる
- 胃腸の調子が悪い
- 水をよく飲む
- 夜、喉が渴いて目が覚める。夜中に水を飲む
- 口臭が気になる
- 義歯で口の中が傷つきやすい
- 口内炎がよくできる
- 皮膚が乾燥する
- 指先が冷たくなる
- 更年期症状が気になる
- 頭頸部の放射線治療（癌）を受けている（過去に受けた）
- 化学療法（癌）を受けている（過去に受けた）
- 最近ひどいショックを受けた
- 緊張やイライラすることが多い。ストレスが大きい
- 職場や家庭で悩むことが多い
- 現在数種類の薬を飲んでいる（ _____ ）
- うつ病の治療中である（例：デパスなど 薬剤名： _____ ）
- 血糖値が高い（糖尿病）。血糖値： _____ HbA1c： _____
- 外出にはペットボトルが必要
- 常にお気に入りの“アメ”を持参している
- その他気になる症状は？



〒640-8157

和歌山市八番丁1番地
竹内歯科クリニック
インプラント・歯周病・矯正・Znアタルミ
医学博士 竹内義和

神戸大学（工学部）中退
和医大大学院（口腔外科）卒
Tel: Fax: 073-423-5060

竹内歯科クリニック **検索**