

歯科初診問診票

記入者：母・父・その他（ ） 記入日： 年 月 日

ふりがな	
氏名	

【1】 受診理由を教えてください。（複数回答可）

- 虫歯がある 詰め物が取れた 歯肉が腫れた 歯肉から血が出る
歯科検診希望 歯石除去希望 トレーニング希望 歯磨きを習いたい
痛みがある その他（ ）

【2】 歯科に通院したことはありますか？

- なし あり→どのように診察していましたか？下記に記入をお願いします。
抑制下（ネットやバスタオルなど）
笑気ガス・薬を使用しての鎮静や全身麻酔
特別なことはしていない
その他（ ）

【3】 歯科で歯を抜いたことはありますか？

- なし あり→何か問題がありましたか？：なし あり（ ）

【4】 歯科で局所麻酔をしたことがありますか？

- なし あり→その際異常はありましたか？：なし あり（ ）

【5】 歯磨きについて

- 本人磨きのみ 本人+仕上げ磨き 本人以外が歯磨きを行う

【6】 下記の病気にかかったことがありますか？

- 心臓の病気 腎臓・肝臓の病気 アレルギー 貧血 糖尿病 喘息
血液の病気 結核 高血圧 てんかん B型肝炎 C型肝炎 HIV
梅毒 その他（ ）

【7】 全身麻酔の経験はありますか？

- なし あり（手術の内容： ）

【8】 食事摂取について教えてください。

- 経口摂取 経管栄養 経口・経管栄養併用

【9】 診察の際、気をつけることはありますか？

- （ ）

ご協力ありがとうございました。この問診票はカルテに保存させていただきます。

裏面は歯科医師記入