

問診票 (裏)

健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱(病名 _____)
病歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> 完治している
服用薬	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他(_____)

歯磨き	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝、昼、夕) <input type="checkbox"/> 就寝前
1回の時間	(_____)分くらい
歯ブラシ以外の 清掃用品	<input type="checkbox"/> フロス(糸ようじ) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他(_____) 頻度はどれくらいですか <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> _____日に1回 <input type="checkbox"/> 気になった時
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 1日 _____本位 <input type="checkbox"/> 過去にあり
睡眠時間	約(_____)時間
習慣的飲料	<input type="checkbox"/> あり(水・お茶・コーヒー・糖入り飲料・その他 _____) <input type="checkbox"/> なし
1日の飲食回数	食事 _____回 間食 _____回 糖入り飲料 _____回位
間食の取り方	<input type="checkbox"/> ダラダラ・ちよちよくの不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりない 間食の内容(チョコレート・飴・スナック菓子・クッキー・せんべい・その他 _____)

次のような症状は、ございますか。

- 歯を抜いた時に異常があった 湿疹やじんましんが出やすい 傷が化膿しやすい 下痢しやすい
 薬を飲むと胃が悪くなる 血が止まりにくい 風邪をよくひく センソク 更年期障害
 うつ、パニック障害等の精神疾患 薬による副作用・アレルギー 薬名(_____)

次の内容でご興味はございますか。(複数回答可)

- ホワイトニング 白い被せ物 口臭 歯並び 子供の歯並び タバコによる着色
 インプラント 金属が見えない入れ歯 虫歯の予防 歯周病治療 歯肉の色
 全身の健康と歯の関係 舌癖 その他で気になっていることがございましたらお教えてくださいませ。

女性の方へお尋ね致します。

- 月経は規則正しくありますか 正しい 不規則 閉経
 妊娠中ですか いいえ している _____週目 可能性がある
 授乳中ですか いいえ している