

【御本人記入欄】

年 月 日

フリガナ		男・女	大・昭・平・令	年	月	日	ご紹介者	
氏名								
住所	〒 -						電話	- -
							緊急連絡先	- -

【問診】

- ①当院に来院されたことがありますか 有 (いつ頃) 無
- ②来院の理由は 痛い しみる(冷・熱・甘) つめものがとれた 歯石をとりたい
義歯を入れたい 歯ならびが悪い 歯の色が気になる 血が出る
口臭がある 定期健診 その他()
- ③全身の状態 糖尿病 高血圧症 呼吸器疾患 心血管疾患
妊娠 その他()
- ④服薬歴※他医療機関での処方も含む 有り 無し
 ↳ お薬手帳 有・無し 薬品名()
- ⑤いままでに使用されて異常があったものは 抗生物質 ピリン系薬剤 麻酔薬 金属アレルギー
その他()
- ⑥いま医院・病院にかよっていますか いない いる(かかりつけの先生:)
- ⑦診療についてのご希望は 最もよい方法で治してほしい 保険の範囲内で治したい
自費と保険の詳しい説明を聞いたうえで治したい
- ⑧直近1年で健診(特定健診や高齢者健診等)を受診されましたか ない ある(病名: いつ頃: 病院名:)
- ⑨今回あなたは当院で 悪いところは全部治したい 痛い所だけ治したい 応急処置のみ

【生活習慣の状況】

- ・喫煙習慣 有 無 過去に有り
- ・その他 ()

※備考※

【保険医療機関記入欄】

年 月 日

<p>【口腔内の状況】</p> <p>義歯装着 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>  <p>(永久歯) (乳歯)</p>	<p>【歯や歯肉の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・歯の痛み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>やや多い <input type="checkbox"/>少ない ・むし歯 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・その他 () <p>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>口腔衛生状態 <input type="checkbox"/>口腔乾燥 <input type="checkbox"/>咬合力 <input type="checkbox"/>舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/>舌圧 <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <p>【小児口腔機能の問題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <input type="checkbox"/>食行動 <input type="checkbox"/>構音機能 <input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>その他 <p>【その他・特記事項】</p>
<p>【改善目標事項】 <input type="checkbox"/>歯磨きの習慣・方法 <input type="checkbox"/>歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙習慣 <input type="checkbox"/>食習慣の改善(飲料物の習慣・間食の習慣)</p> <p><input type="checkbox"/>口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/>その他()</p>	
<p>【診療の予定】 <input type="checkbox"/>むし歯(つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/>歯周疾患(治療・管理) <input type="checkbox"/>歯石をとる</p> <p><input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯関連 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>□月()回程度 <input type="checkbox"/>継続的()</p>	

この診療と管理の予定は診療開始時の方針であり、実際の診療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出ください。



担当歯科医: