

<障害者歯科センター 問診票>

氏名

生年月日:T・S・H 年 月 日生 (才)

住所

電話番号:

1 全身状態についてお聞きします。

① かかりつけの診療科はありますか？

内科、外科、小児科、その他()病院名:

② 診断名をおしえてください。(何年前から)

1、 (年前) 2、 (年前) 3、 (年前)

③ 内服薬を教えてください(注射は?)

* お薬手帳をご提示ください

④ 入院したことはありますか？

診断名: いつ頃: 年前 期間は:

⑤ 手術をしたことはありますか？

手術名: いつ頃: 年前、病院:

⑥ 今までにアレルギー症状の出現がありましたか？

食べ物: 薬: 対応は?:

どのような:かゆい、発疹、喉の違和感、その他()

⑦ 歯科への受診を主治医は知っていますか？

はい いいえ

2 歯科的事項についてお聞きします。

① 気になる場所はどこですか？

歯・歯ぐき・舌・歯並び・顎関節・その他()

② 痛いですか？(いつから?)

痛い() ・ 痛くない

③ 薬を飲みましたか？(何時間前/お薬名)

はい(時間前/) いいえ

④ その他症状で気になる場所はありますか？

腫れている、吹き物がある、食事がとれない、その他()

⑤ 歯科で麻酔をしたことがありますか？

はい いいえ

その際、何かありましたか？

気分不良、強い痛みがあった、すごく緊張した

⑥ 今まで歯科治療で何か問題はありますか？

気分不良、強い痛みがあった、治療はすごく緊張する

⑦ 緊張を和らげて受けられる歯科治療があるのを

ご存知ですか？

知っている 聞いたことがある 知らない

⑧ 上記治療の説明を希望しますか？

希望する 希望しない

3 その他、今回の受診で希望されることや歯科治療に際してのご希望や疑問などがあればお伝え下さい。