

なかい歯科 問診票

記入日 20 年 月 日

* 赤枠内はあなたの基本情報取得と継続通院のサポート、また生活の背景を知るため特に大切な情報です。全てご記入下さい。

ふりがな			西暦	年齢	男・女
氏名	生年月日		年 月 日	歳	
住所	〒 -				
連絡先	自宅	-	携帯電話	-	-
予約お知らせシステムへ登録するメールアドレス			@		
職業	会社員・自営業・団体職員・公務員・パート・学生・無職・他			勤務先名 または業種	

来院きっかけとなった項目全て選択してください	☐ 紹介：家族・知り合いから（様より） ☐ 紹介：他院・病院より（様より） ☐ yahoo! ☐ Google ☐ Googleコミ ☐ ドクターズファイル ☐ ホームページを見て ☐ 建物・看板をみて（職場・自宅が近所） ☐ その他（）
直近の歯科治療はいつですか？	年 月 日 くらい前に、 の治療をした
本日の来院目的は？ 一番気になる部位と症状	部位： 症状：
その症状は痛みますか？	☐ 痛みはない ☐ 痛い→ 別紙「 痛みの問診票 」を、ご記入ください
昼起きている時食いしばりがある	☐ はい ☐ いいえ(はっきりわからない)
夜寝ている時歯ぎしりがある	☐ はい ☐ いいえ(はっきりわからない)
ほかにも、お口の中で気になる項目があれば、全て選択してください	☐ 虫歯（歯が痛い・しみる） ☐ 歯茎が痛い（腫れている・出血している） ☐ 詰め物や被せが取れた ☐ 歯がない・噛めない ☐ 歯周病 ☐ 検診 ☐ 予防（フッ素塗布を含む） ☐ 口内炎・できもの ☐ インプラント ☐ 義歯・入れ歯 ☐ 顎関節症（あごが痛い） ☐ セカンドオピニオン ☐ 親知らず ☐ 審美歯科 ☐ 歯の色・ホワイトニング ☐ 歯並び・矯正 ☐ その他（）
現在の身体の状態や習慣をうかがいます	☐ 該当なし ☐ 麻酔で気分が悪くなったことがある ☐ タバコ 本/日 ☐ 妊娠・授乳中である ☐ 薬を服用中である： お薬手帳（有・無） （妊娠 月） ☐ 薬物アレルギーがある（薬品名） ☐ 血が止まりにくい ☐ その他（） ☐ 現在通院中の疾患がある（ ↓ に、病名・通院先を記入ください ） 病名： 通院先：
これまでに右欄の病気にかかったことはありますか ☐ ない ☐ ある→	☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 骨そしょう症 ☐ 高血圧・低血圧 ☐ 肝炎 型 ☐ ぜんそく ☐ 糖尿病： I型・II型 / HbA1c ☐ 金属アレルギー（） ☐ その他の疾患（）
歯科治療に対する不安や伝えておきたいことは	
唾液検査(虫歯・歯周病・口臭のリスク判定)の希望 実費のみ¥1,650 ※資料参照	☐ 希望あり ☐ 希望なし ☐ 話を聞いて考えたい
食事・栄養相談に興味はありますか？ （ダイエット・栄養不足・低体重）	☐ 興味あり ☐ 興味なし ☐ 話を聞いて考えたい

お口の健康アンケート

歯・口の中・義歯・かぶせ物などが原因で、下記のようなことが現在どの程度生じていますか？

全ての設問に対し、一番近いと思う項目に必ず○をつけて下さい。

〔14項目全てお答えいただき、無回答のままにはしないで下さい〕

	全くない	ほとんど ない	時々ある	よくある	いつも
① 食べ物が噛みづらい					
② 食べ物がはさまったり、ひっかかる					
③ 熱いものや冷たいもので歯がしみる					
④ 口の中にさわると痛むところがある					
⑤ 歯科的な問題で、悩んだり不安を感じる					
⑥ 歯科的な問題でみじめな気持ちになる					
⑦ 話し方が不明瞭になった					
⑧ 特定の食品を避けなければならない					
⑨ 眠りを妨げられることがある					
⑩ ゆうつになることがある					
⑪ 配偶者や家族に対して寛容でないことがある					
⑫ 周囲の人に対しイライラする					
⑬ 経済的な損失が生じた					
⑭ 日常生活を不満足と感じる					

なかい歯科 痛みの問診票

現在感じている痛みについてお尋ねします。痛みが2種類以上ある場合には、もう一枚別にご記入ください。

1) 痛む場所はどこですか？ 右側 左側 下 上 歯 歯肉 舌 あご 顔 こめかみ 頭 首 その他
2) 痛みが始まるきっかけとなったことがありますか？ 特にない あくび 硬いものを食べた 歯科治療 けがをした 多忙であった ストレス その他
3) 痛み始めてからどれくらいですか？ 痛みが出てから _____日 / _____ 週間 / _____ヵ月 / _____年くらい経過
4) どのような種類の痛みですか？ ズキンズキンと脈打つような ・ ギクッと走るような ・ 突き刺されるような ・ 鋭い ・ 電気が走ったような ・ にぶい しめつけられる ・ 食い込むような ・ 焼けつくような ・ チクチク ・ ピリピリ ・ 異様な ・ 触ると痛い ・ うんざりする うずくような ・ 重苦しく割れるような ・ 気分が悪くなるような ・ 恐ろしくなるような ・ 耐え難い身の置き所のないような
5) 痛みの強さはどのくらいですか？ a 痛みの強さ 弱い ・ 中程度 ・ 強い ・ 激痛 b 10段階で評価 考える最小 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 考える最大 VAS mm c 気になる程度 仕事の最中 : 仕事をするのに支障がある 仕事ができない 気にならない 食べている時 : 食べている間は気にならない 痛いのが食べられる 痛くて食べられない
6) 痛みはどのくらいの回数起こりますか？ 1分に____回 / 1時間に____回 / 1日____回 / 1週間に____回 / 1か月に____回 ずっと持続 不定
7) 1回の痛みはどのくらい続きますか？ 1回の痛みが _____秒 / _____分 / _____時間 / _____日間 ずっと持続している わからない
8) 痛みの発症、変化に時間的特徴はありますか？ 起床時: 軽い・強い 日中: 軽い・強い 夕方: 軽い・強い 就寝前: 軽い・強い 特にない
9) 痛みを生じさせたり、悪化させる要因はありますか？ 食事 体を動かす 仕事 入浴 就寝 精神緊張 ストレス その他 特にない
10) 痛みを軽くできることはありますか？ 冷やす 温める 安静 寝る マッサージ 鎮痛薬の内服 その他 特にない
11) 痛いときに他に一緒に生じる症状はありますか？ 頭痛 肩こり めまい しびれ 涙流・鼻水 胸苦しさ 目がチカチカする 吐き気、嘔吐 その他 特にない
12) 痛みのときに決まってする行動はありますか？ じっとしていられない 横になる さする 押す なるべく動かない その他 特にない
もっと詳しく伝えたいことがあれば、以下にお書きください。