

問 診 表

年 月 日

カルテ番号 _____ T・S・H・R・ 年 月 日生 歳 男・女 未婚・既婚
 職業〔あり： _____、なし： _____〕

質問に対して ハイ・イエ どちらかを○で囲んで下さい。

説明があれば、空白の所に記入して下さい。

- | | | |
|--|----|----|
| 1. 歯があなたの健康に影響していると思いますか。…………… | ハイ | イエ |
| 2. 自分の歯の外観に不満をもちていますか。…………… | ハイ | イエ |
| 3. 歯科治療を受けるとき不安な気持ちになりますか。…………… | ハイ | イエ |
| 4. 食物をかみにくいですか。…………… | ハイ | イエ |
| 5. 現在、医者にかかっていますか。…………… | ハイ | イエ |
| 6. 現在、何か薬を使用していますか。…………… | ハイ | イエ |
| 7. 去年、健康診断を受けましたか。…………… | ハイ | イエ |
| 8. 去年、健康状態に何か変化がありましたか。…………… | ハイ | イエ |
| 9. 数ヶ月前から、理由もないのに、体重が減少してきましたか。…………… | ハイ | イエ |
| 10. 生命にかかわるような病気をしたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 11. 入院をしたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 12. 大手術を受けたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 13. 輸血をされたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 14. 次の病気にかかったことがありますか。 | | |
| リウマチ熱 ハイ イエ 結 核 ハイ イエ | | |
| 慢性関節リウマチ ハイ イエ 性 病 ハイ イエ | | |
| 黄 疸 ハイ イエ 狭心症 ハイ イエ | | |
| 糖尿病 ハイ イエ 卒 中 ハイ イエ | | |
| 高血圧症 ハイ イエ 肝 炎 ハイ イエ | | |
| 15. 心雑音がありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 16. ぜんそく、花粉症にかかったことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 17. じんま疹や発疹のでたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 18. 次の薬により異常反応を起こしたことがありますか。 | | |
| 鎮痛剤 ハイ イエ 抗炎症剤 ハイ イエ | | |
| 抗生剤 ハイ イエ 睡眠薬 ハイ イエ | | |
| ヨード ハイ イエ その他の薬 ハイ イエ | | |
| 19. 歯科麻酔で異常反応を起こしたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 20. 傷口から血が出て長時間とまらないことがありましたか。…………… | ハイ | イエ |
| 21. 顔やあごに外傷を受けたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 22. 口びるや口内の腫瘍などで、外科手術や放射線療法をされたことがありますか。…………… | ハイ | イエ |
| 23. 頭痛がよく起こりますか。…………… | ハイ | イエ |

※裏面の質問に対してもお答え下さい。

24. 眼の病気がありますか。.....	ハイ	イイエ
25. 耳の病気がありますか。.....	ハイ	イイエ
26. よくカゼを引きますか。.....	ハイ	イイエ
27. 蓄膿症のような病気がありますか。.....	ハイ	イイエ
28. 鼻血がよく出ますか。.....	ハイ	イイエ
29. のどの炎症をよく起こしますか。.....	ハイ	イイエ
30. 口呼吸のくせがありますか。.....	ハイ	イイエ
31. 知覚過敏な歯がありますか。.....	ハイ	イイエ
32. 最近、歯痛が起こりましたか。.....	ハイ	イイエ
33. 歯ぐきからの出血がありますか。.....	ハイ	イイエ
34. よく口角や口内にただれができますか。.....	ハイ	イイエ
35. ひどい口内炎にかかったことがありますか。.....	ハイ	イイエ
36. 口を大きく開くとき、何か支障がありますか。.....	ハイ	イイエ
37. かむとき関節の音がしますか。.....	ハイ	イイエ
38. ムリすると胸が痛くなりますか。.....	ハイ	イイエ
39. 軽い運動で息切れしますか。.....	ハイ	イイエ
40. 足のくるぶしが脹れていますか。.....	ハイ	イイエ
41. 頑固なセキがでますか。.....	ハイ	イイエ
42. セキをするとき出血がありますか。.....	ハイ	イイエ
43. 食欲に変化がありましたか。.....	ハイ	イイエ
44. 食べにくいものがありますか。.....	ハイ	イイエ
45. 食物をのみこむのがつらいですか。.....	ハイ	イイエ
46. よく食物の消化不良を起こしますか。.....	ハイ	イイエ
47. たびたび嘔吐をしますか。.....	ハイ	イイエ
48. 腎臓の障害がありますか。.....	ハイ	イイエ
49. 1日に6回以上排尿がありますか。.....	ハイ	イイエ
50. よくのどが乾きますか。.....	ハイ	イイエ
51. 関節の痛みや脹れた経験がありますか。.....	ハイ	イイエ
52. 皮膚のしびれや過敏な部分がありますか。.....	ハイ	イイエ
53. けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。.....	ハイ	イイエ
54. 気絶（失神）の傾向がありますか。.....	ハイ	イイエ
55. 傷あとがつきやすいですか。.....	ハイ	イイエ
56. 貧血だといわれたことがありますか。.....	ハイ	イイエ
57. 暑さに特に弱いですか。.....	ハイ	イイエ
58. 特に神経質ですか。.....	ハイ	イイエ
59. 疲れやすいですか。.....	ハイ	イイエ
60. （女性）現在妊娠中ですか。.....	ハイ	イイエ
61. （女性）月経異常がありますか。.....	ハイ	イイエ