

# 問 診 書

No. \_\_\_\_\_

次のことについては診療に必要ですので、できるだけ正確に該当するものに  
○印をつけ、また事項を記入して下さい。

ふりがな			生 年 月 日
患者氏名		男 女	明・昭 大・平 年 月 日
1. 次の病気にかかったことがありますか。 心臓疾患、喘息、呼吸器疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、貧血、結核、 血液疾患、はしか、糖尿病、てんかん、肺炎、黄疸、その他（ ）			
2. 体質の特異性について（この項は麻酔、投薬などに際して特に重要です）			
(1) 風邪をひきやすいですか		(はい) (いいえ)	
(2) 頭痛を訴えやすいですか		(はい) (いいえ)	
(3) お腹をこわしやすいですか		(はい) (いいえ)	
(4) 熱を出しやすいですか		(はい) (いいえ)	
(5) じんま疹、湿疹がでやすいですか		(はい) (いいえ)	
(6) 薬によってかぶれたり発疹ができたことがありますか		(はい) (いいえ)	
(7) 麻酔を用いたことがありますか		(はい) (いいえ)	
「はい」のときは次を記入してください			
( ) 全身麻酔 ( ) 局部麻酔		手術名 ( )	
(8) ペニシリンその他の抗生物質等の治療を受けたことがありますか		(はい) (いいえ)	
(9) 健康状態		(良好) (普通) (不良)	
(10) 現在他のお医者にかかっていますか			
かかっているならばその病名 ( )		病医院名 ( )	
		住所 ( )	
(11) 現在常用している薬がありますか		(はい) (いいえ)	
あればその薬品名 ( )			
3. 血液について			
(1) 血液型		(A) (B) (AB) (O) (知らない) Rh (+) (-)	
(2) 輸血をしたことがありますか		(はい) (いいえ)	
(3) 出血が止まりにくいことがありますか		(はい) (いいえ)	
4. 話をすることができますか		(できる)	(できない)
5. 親のいうことを理解できますか		(できる)	(できない)
6. 誰のいうことを一番よくききますか ( )			
7. ひきつけやてんかんをおこしたことがありますか。		(はい)	(いいえ)
ある場合はその処置を詳しくかいてください。			

8. 口を大きく開けることができますか	(できる)	(できない)
9. 食べ物の好き嫌いがありますか	(はい)	(いいえ)
10. 食事はどのような状態のものを与えていますか (普通) (やわらかい) (殆ど流動食)		
11. 間食について ・おもにどのようなものですか ( ) ・ 1日に何回ぐらいですか ( 回) それは(時間をきめて与える)(欲しがる時に与える)		
12. 歯をみがいて ・みがく(麻だけ)(朝晩)(食後) ・みがかない ・ときどきみがきますか ・(自分でみがく) (人に手伝ってもらう) (人が主にする)		
13. 身のまわりの世話はどうしていますか ・食 事(主に自分でする) ( が手伝う) (主に がする) ・排 泄(主に自分でする) ( が手伝う) (主に がする) ・入 浴(主に自分でする) ( が手伝う) (主に がする) ・衣服の着脱(主に自分でする) ( が手伝う) (主に がする)		
14. 色に対してどう感じますか (気にする) (気にしない) 好きな色( ) 嫌いな色( )		
15. 音に対してどう感じますか (敏 感) (あまり感じまい) その他( )		
16. 機械器具をどう感じますか (こわがる) (こわがらない) その他( ) ・こわがるとしたらどのようなものですか ( ) ・そしてどのような態度をとりますか ( )		
17. 現在どのようなこと、又はものに興味をもっていますか ( )		
18. 次にあげる正確のうち該当するものはどれですか 普通、 神経質、 のんびりしている、 人見知りする、 人見知りしない、 反抗的、 乱暴、 なき虫 恐怖心が強い、 落ちついている、 いらいらしている、 ほがらか、 わんぱく、 気が強い、 ぼんやりしている、 おこりっぽい、 勇気がある、 あまえんぼう、 ききわけがよい、 あわてる、 その他 ( )		

19. 家族について記入してください

氏 名	年 令	続 柄	血液型	健康状態	その他特に記すべきこと

社団法人 札幌歯科医師会立口腔医療センター

〒064-0807 札幌市中央区南7条西10丁目 電話 512-9497番