

口腔医療センター問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	
患者氏名			
生年月日	昭・平 令 年 月 日生	年齢	歳
患者現住所	〒 ー		
入所施設名			
通所施設名			
通園・通学学校名	(普通学級・支援学級)		
保護者氏名		職業	
保護者住所	〒 ー (ご本人と別の場合ご記入ください)		
電話番号 (連絡のつきやすい番号)		どなたのお電話ですか	

当医院では、患者様の健康状態を知り治療上の参考にさせていただきます。

つきましては、次の事項に出来るだけ詳しくお答えください。

個人情報につきましては、当医院での治療目的のみの利用とさせていただきます。

- ① どのような障がいをお持ちですか？ 自閉スペクトラム症・知的能力障害・広汎性発達障害・ダウン症・脳性麻痺・ポリオ・認知症・身体障がい（ ）
脳神経障がい（ ）・その他（ ）
- ② 過去に歯科医院へ受診したことはありますか？ はい・いいえ
- ③ 他院受診時はどのような様子ですか？ 落ち着いている・人手で抑制している
その他（ ）
- ④ 今回はどのような症状ですか？ 歯が痛い・虫歯がある・腫れた・歯がグラグラ・入れ歯を入れたい
入れ歯が合わない・検診(クリーニング)・他院より紹介された(病院名)
口臭・欠けた・その他（ ）
- ⑤ 症状はいつ頃からありますか？（ ）
- ⑥ 今回の症状で他の歯科へ受診しましたか？ はい・いいえ
- ⑦ ⑥ではいと答えた方へ→その時どのような説明を受けましたか？
()
- ⑧ 歯科治療で麻酔を受けたことはありますか？ はい・いいえ (局所麻酔・全身麻酔)
- ⑨ ⑧ではいと答えた方へ→その時、具合が悪くなったことはありますか？ はい・いいえ

裏面へ続きます

⑩ 抜歯をしたことはありますか？ はい・いいえ

⑪ ⑩ではいと答えた方へ→その時、血が止まりにくかったり具合が悪くなったことはありますか？
はい・いいえ

⑫ 診療に対するご希望はありますか？ 悪いところは全て治したい・全身麻酔下治療検討中
必要に応じて身体を抑制して治療しても良い・トレーニングをしながら歯科に慣れていきたい
その他（ ）

⑬ いままで病気にかかったことはありますか？また、現在通院している病気はありますか？
高血圧・糖尿病・心臓疾患・腎疾患・呼吸器疾患・肝疾患・肝炎（A型・B型・C型）・喘息・肺炎
血液疾患・脳神経疾患・てんかん・その他（ ）
病名（ ） 病院名（ ）
病名（ ） 病院名（ ）

⑭ 現在お薬を飲んでいますか？ はい・いいえ

⑮ ⑭ではいと答えた方へ→お薬の名前を教えてください。

（ ）

※当日おくすり手帳を確認させていただく場合が御座います。

⑯ 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ はい・いいえ

⑰ ⑯ではいと答えた方へ→何でアレルギー症状がでましたか？（ ）

⑱ ご家族について教えてください。

氏名	年齢	続柄	健康状態

⑲ 治療の参考になることがあればご記入ください。（できるだけ具体的に）

⑳ 問診票を記入された方はどなたですか？（ ）