

歯科・口腔外科の問診票

ID: 患者氏名

年齢 歳 性別

「当院は歯科衛生士の教育の役割を担っています。診察には学生が研修のために同席させて頂くことがあります。何卒ご理解をいただきますようよろしくお願いいたします。」

同意します 同意しません

1. 該当する項目に☐を付けてください。

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い、虫歯 | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛む、腫れた | <input type="checkbox"/> 歯ぐきからの出血 |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> 詰めたものが取れた | <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある |
| <input type="checkbox"/> 口の中の外傷 | <input type="checkbox"/> 口内炎 | <input type="checkbox"/> 顎関節の異常 |
| <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる | <input type="checkbox"/> 検診希望 | <input type="checkbox"/> 他科治療のため歯科受診を勧められた |
| <input type="checkbox"/> その他 (.....) | | |

2. 最近歯科治療をされたのはいつ頃ですか

() 年 () 月頃 記憶にない

歯を抜いたことがありますか ない ある

歯科麻酔の注射をしたことがありますか ない ある

歯を抜いた際に、血が止まらないなどの異常がありましたか ない ある

歯科治療中に気分が悪くなったことがありましたか ない ある

⇒具体的に何をされていた時ですか？

(.....)

歯科治療に対する恐怖感がありますか ない ある (少し かなり)