

# 歯周疾患問診票

カルテ NO

記入日 H / /



フリガナ		
お名前		大・昭・平 年 月 日生 ( )才

次のような症状はありますか？(複数回答可)

- 歯ぐきがはれている     歯ぐきから出血する     歯ぐきがやせてきた     口臭が気になる  
 かむと痛い     歯がしみる     歯が動く     歯石が付いている  
 その他 ( )

それはいつごろからですか？ ( )

当院または他院で歯周病の治療を受けたことがありますか？

- 受けたことがある → 歯周病という言葉の意味が 判る ・ 判らない  
 受けたことがあると思うがよくわからない  
 受けたことがない

歯磨きについて (複数回答可)

歯磨きは  毎日する     時々する     その他 ( )

いつしますか？  起床後     朝食後     昼食後     夕食後     間食後     寝る前

歯ブラシの種類は？

電動(円形・ブラシ型)     歯ブラシ(毛の硬さ→普通・硬め・柔らかめ)

そのほかに補助的な清掃用具を使っていますか？

糸ようじ(デンタルフロス)     歯間ブラシ(サイズ )

その他 ( )

歯磨き粉や洗口液は使われますか？  使わない     使う     仕上げに使う

↳ 商品名 ( )

下記に現在服用しているお薬はありますか？

- 高血圧     高脂血症     骨粗しょう症     血液サラサラの薬     糖尿病     ぜんそく  
 その他 ( )

下記に今までかかった病気はありますか？

- 心臓病     肝臓病     腎臓病     糖尿病     脳血管障害

喫煙歴    あり ・ なし ・ 過去に吸っていたがやめた ( )

↓    ↳ やめてどれくらいですか？ ( )

1日の喫煙本数 : ( )mgのタバコを( )本程度

その他ご希望等ありましたらご自由にお書きください