


問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	(男・女)	大・昭・平・令 年 月 日	歳
ご住所	〒 -	LINE 公式アカウント LINE ID : @628leaca QRコード： 	
ご予約確認や医院のお知らせ配信の為、ぜひ当院の公式LINEへのご登録をお願いします。			
自宅電話	携帯電話	職業	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

当てはまる箇所に をつけてください。

当院を知ったきっかけについて

- 建物・看板を見て ホームページ
 インスタグラム 知人・家族の紹介 (様)
 その他 ()

特異体質やアレルギーについて

- ない 花粉症
 ラテックス (ゴム) アレルギー
 ヨード過敏症 (例：イソジン・赤チンなど)
 金属アレルギー
 その他 ()

来院された理由について (複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い
 詰め物・差し歯が取れた あごが痛い
 治療が必要だと思う歯がある 口臭が気になる
 歯がグラグラする・血が出る 歯石を取りたい
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
 歯並び・噛み合わせが気になる 歯のクリーニング
 口の中を全体的に検査したい 歯を白くしたい
 その他 具体的にご記入ください
 ()
 ●いつからですか？ ()

お体の状態について

- 現在のお体の状態はいかがですか？
 普通・良好 不良
 ●現在飲んでいるお薬はありますか？
 ある (お薬の名前：)
※お薬手帳をお持ちの方は服用中のページを教えてください。
 ない
 ●医師に注意が必要と言われたお薬はありますか？
 ある (お薬の名前：)
 ない
 ●アレルギーはありますか？
 ある (食べ物：)
お薬：)
 ない
 ●この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診) を受診しましたか？
 受診した (受診時期：)
指摘事項：)
 受診していない
 ●妊娠について (女性の方のみ)
 妊娠中 (月) 妊娠の可能性がある
 不妊治療中 授乳中

過去の歯科治療について

- 歯の治療で何か異常はありましたか？
 血が止まらなかった 気分が悪くなった
 腫れた 熱が出た
 アレルギーが出た 麻酔が効きにくかった
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
 その他 具体的にご記入ください
 ()

現在または過去にかかった病気について

- 心臓病 肝臓病 腎臓病
 脳梗塞 血液疾患 甲状腺疾患
 肝炎ウイルス (B ・ C) 糖尿病
 高血圧 (/) リウマチ
 貧血 骨粗鬆症 ぜんそく
 HIV 悪性腫瘍 てんかん
 その他 (病名：)

今回の治療について

- 治療で希望することを教えてください。
 この機会に問題のあるところは全て治したい
 検査・説明を受けた上で決めていきたい
 今回は気になるところだけ治したい

歯科への不安・当院への期待などございましたらご記入ください。

健康調査票

No.

氏名

H 年 月 日

健康状態を把握するためのアンケートです。ご協力お願い致します。

- 1 タバコを吸いますか？ はい 1日 本 / いいえ
- 2 お酒を飲みますか？ よく飲む / たまに飲む / 飲まない
- 3 普段食事の時は、主にどちら側の歯でかみますか？ 左側 / 右側 / 両方 / わからない
- 4 歯の健康状態について
- ①虫歯の原因をご存知ですか？ はい() / いいえ
- ②歯周病(歯槽膿漏)の原因をご存知ですか？ はい() / いいえ
- ③歯ぐきから血が出る事がありますか？ はい / いいえ
- ④朝起きた時など、口の中が粘るような感じはありますか？ はい / いいえ
- ⑤歯ぐきが腫れることはありますか？ はい / いいえ
- ⑥口臭が気になりますか？ はい / いいえ
- ⑦硬い物がしっかりと噛めますか？ はい / いいえ
- ⑧歯と歯の間に食べ物が詰まりやすいですか？ はい / いいえ
- ⑨歯並びが悪くなったと思いますか？ はい / いいえ
- ⑩今までに歯石を取ってもらったことはありますか？ はい()頃 / いいえ
- ⑪今までに歯周病と言われたことはありますか？ はい()頃 / いいえ
- ⑫今までに歯磨きの指導を受けたことがありますか？ はい()頃 / いいえ
- ⑬歯ぎしりや、食いしばる癖はありますか？ はい / いいえ / わからない
- ⑭口で呼吸をしていることが多いですか？ はい / いいえ / わからない
- ⑮イビキをかきますか？ はい / いいえ / わからない
- ⑯口内炎はできやすい方ですか？ はい / いいえ
- ⑰ご家族の中で、若くして入れ歯になった方はいますか？ はい() / いいえ
- ⑱1日にどのくらい食べたり飲んだりしますか？ 1日 回くらい
- ⑲歯を磨くのはいつですか？ 起床後 / 朝食後 / 昼食後 / 夕食後 / 就寝前
- ⑳糸ようじや歯間ブラシを使いますか？ はい / いいえ
- 5 歯の治療のご希望について
- ①今現在のお口の中の問題点を全て知りたいですか？ はい / いいえ
知りたいが聞くことが怖い
- ②ご自分の歯で生涯過ごしたいですか？ はい / そうしたいが無理だと思う
- ③治療にあたり何か心配なことはありますか？ いいえ
はい()

質問シート



氏名		平成 年 月 日			
年齢	歳	身長	cm	体重	kg
回答者		本人 ・ 配偶者 ・ ()			

あなたの嚥下(飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと)の状態についていくつかの質問をいたします。ここ2、3年から最近のことについてお答え下さい。いずれも大切な症状ですので、よく読んで A, B, C のいずれかをチェック(☑)して下さい。

	A	B	C
1. 肺炎と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 繰り返す	<input type="checkbox"/> 一度だけ	<input type="checkbox"/> なし
2. やせてきましたか？	<input type="checkbox"/> 明らかに	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
3. 物が飲み込みにくいと感ずることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
4. 食事にむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
6. 食事中や食後、それ以外の時にもどがゴロゴロ(痰がからんだ感じ)することがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
12. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくるがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
13. 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
14. 夜、咳で眠れなかったり目覚めることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
15. 声がかすれてきましたか？ (がらがら声、かすれ声など)	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし

合計： A. _____ B. _____ C. _____

各問に対し、ひとつでも「A」に回答があった場合は嚥下障害の可能性が高い、全てに「B」「C」と回答した場合は正常(嚥下障害なし)と判断します。

出典：大熊るり、藤島一郎、小島千枝子、他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発、日本摂食嚥下リハ学会誌 6(1)：3-8,2002 (一部修正)