

インプラントに関する問診票

当院は、患者様のお口のトラブルの解消、特に物を噛み消化して食事を楽しむ能力を獲得し、患者様の健康保持のお役に立ちたいと思っています。そのため、問診票の記入に協力いただきますようお願い申し上げます。(該当する箇所には○、記入)

番号	問	診	回	答
1	今、お困りの点は何ですか			
2	歯は、できる限り残したいですか			抜きたくない 抜いて構わない
3	食事をした時に痛みますか			熱いもの 冷たいもの 甘いもの 固いもの
4	噛み合わせた時に痛むところは、ありますか			右上 右下 左上 左下 上の前歯 下の前歯 全体的
5	歯を磨いた時に歯茎から血が出ますか			出ない 出る 時々
6	両側で物を噛めますか			はい 右側が多い 左側が多い
7	口を開け閉めする時、カクンと音がしますか			ある ない
8	歯ぎしりや食いしばりの癖がありますか			ある ない
9	知らずに歯根が破折することを知っていますか			はい いいえ
10	歯石の除去のため定期的に歯科医院に訪れますか			毎月 3ヶ月に1回 6ヶ月に1回 1年に1回 痛んだ時に行く程度
11	一日に歯を磨く回数は何回ですか			朝 昼 晩 寝る前 時々忘れる
12	どんな歯ブラシを使っていますか			やわらかめ 普通 固い 大きめ 小さめ
13	歯の磨き方を指導されたことがありますか			はい いいえ
14	歯を抜いたことがありますか			ある ない
15	ある方は、その時異常がありましたか			気分が不調 麻酔が効きにくい 血が止まりにくかった
16	歯が抜けたままの方は、いつ頃抜かれましたか			ヶ月前 1年以上前
17	抜けた後の処置を知っていますか			はい いいえ
18	ご要望に応えられるよう回答をお願いします(複数回答可)			
		希望の治療期間や時期がある(具体的に：)		
		治療期間がかかっても徹底的に治療したい		
		様々な検査がありますが、内容を聞いた上で現状をあらゆる角度から診て欲しい		
19	健康状態を教えてください			良好 普通 不調
20	煙草を吸われますか			はい いいえ
21	(その他、ご要望等がありましたら記入下さい)			