

予防問診表

カルテ No. _____

日本橋 HAL デンタルケア



平成 年 月 日

ふりがな

お名前

*お手数ですが、ご記入をお願いします。☑してください。

1日の食事回数は何回ですか？	<input type="checkbox"/> 規則正しい（ ）回 <input type="checkbox"/> 不規則（ ）回
間食(砂糖、ミルク入りの飲み物、アメ、ガムなどを含む)は1日何回ですか？	<input type="checkbox"/> 間食しない <input type="checkbox"/> 間食する 1日（ ）回 ●すると答えた方 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 時間が決まっている <input type="checkbox"/> 1日のうち何回も口に入れている
間食の内容は何ですか？ (好んで食べたり飲んだりする物)	
喫煙習慣はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ●あると答えた方 1日（ ）本（ ）年間
歯ぎしりやくいしばりの自覚はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
糖尿病と診断または治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
血縁者に糖尿病の方はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
歯磨きは1日何回しますか？	1日（ ）回 長くて（ ）分
使用中の歯ブラシについて教えてください	<input type="checkbox"/> 普通の歯ブラシ 硬さ（ ） 形（ ） <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ 商品名（ ） <input type="checkbox"/> 両方使っている <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他（ ）
歯科医院での定期的なクリーニングを受けていましたか？	<input type="checkbox"/> 受けていた <input type="checkbox"/> 受けてない