

問診票(歯科特殊健診)

生協王子歯科

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒		
電話番号	(自宅) (携帯) (勤務先)	勤務先	(勤務先名) (住所)

※以下の問診項目を全てご記入下さい。

①普段取り扱っている物資は何ですか。(該当するものに○を付けてください)	
鉛 水銀 クローム 蒼鉛 銅 カドミウム フッ素 塩素 臭素 沃素 砒素 燐 硫酸 硝酸 塩酸 酢酸 蟻酸 苛性ソーダ 苛性カリ 炭酸ソーダ 亜硫酸ガス アニリン タール ベンゾール ニトロベンゼン PCB ジランチン 粉塵 ガラス吹き 微生物 その他()	
②作業環境についてお聞かせ下さい。(該当するものに○を付けてください)	
・現在の作業内容について ()	・局所排気について 使用(時々 または 常時) 使用しない
・作業従事年数について (年 月)	・全体排気について 使用(時々 または 常時) 使用しない
・自覚症状 なし あり()	・防護具について 使用(時々 または 常時) 使用しない

※裏面に続きます

問診票(歯科特殊健診)

③以下、はいかいいえに○を付けてください。

・現在、ご自分の歯や口の状態で気になることは、ありますか。	いいえ	はい 噛み具合・外観・発話・口臭・痛み
	その他()	
・ご自分の歯は何本ありますか。 かぶせた歯、差し歯、根だけ残った歯も含まれます。	20本以上	19本以下
・ご自分の歯または、入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか。	両方かめる	片方のみかめる 両方かめない
・歯をみがくと血がでますか。	いいえ	時々 いつも
・歯ぐきがはれてブヨブヨしますか。	いいえ	時々 いつも
・冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	いいえ	時々 いつも
・かかりつけの歯科医院がありますか。	はい	いいえ
・仕事が忙しくて休めず、なかなか歯科に行けないことがありますか。	いいえ	はい
・現在、糖尿病・脳卒中・心臓病で治療を受けていますか。	いいえ	はい
・現在、または過去に逆流性食道炎と言われた事がありますか。	いいえ	はい
・習慣的に摂取されている飲み物がありますか。あれば、該当するものに○をつけて下さい。	いいえ	はい (炭酸飲料・お酢系飲料・柑橘系果汁飲料)
・普段、職場や外出先でも歯をみがきますか。	毎回	時々 いいえ
・間食(甘い食べ物や飲み物)をしますか。	いいえ	時々 毎日
・たばこを吸っていますか。	いいえ	はい
・夜寝る前に歯をみがきますか。	毎日	時々 いいえ
・フッ素入り歯みがき剤(歯磨き粉)を使っていますか。	はい	いいえ わからない
・歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。	毎日	時々 いいえ
・ゆっくりよく噛んで食事をしますか。	毎日	時々 いいえ
・歯科等で歯みがき指導を受けたことがありますか。	はい	いいえ
・年に1回以上は歯科で定期健診を受けていますか。	はい	いいえ
・今回の健診で治療が必要な場合は、当院で治療をお受けになりますか。	はい	いいえ