



問診票

当医院は、患者さまの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
下記質問へのご回答をお願い致します。

フリガナ			性別	生年月日（和暦）
お名前			男・女	年 月 日 満 歳
現住所	〒 _____			
連絡先	自宅	携帯	メール アドレス	

◆歯について

[1] いかがされましたか？（複数回答可）

- ☐ 歯科検診 ☐ 歯がしみる ☐ 歯がぐらつく ☐ 歯ぐきが腫れた／出血する
☐ 歯が痛い（☐ かすかに < ☐ 軽く < ☐ かなり < ☐ 強く < ☐ 耐えられない程）
☐ 口内に何かできた ☐ 詰め物／被せ物が取れた ☐ 入れ歯が合わない／壊れた
☐ 歯を入れてもらいたい ☐ 顎が痛い／口が開かない ☐ 口臭
☐ その他（ _____ ）

[2] その症状はいつからですか？

- ☐ 今日 ☐ () 日前 ☐ () 週間前 ☐ () ヶ月前 ☐ () 年前 ☐ 不明

[3] その部位はどこですか？（複数回答可）

- ☐ 左上の奥歯 ☐ 上の前歯 ☐ 右上の奥歯 ☐ 右下の奥歯 ☐ 下の前歯 ☐ 左下の奥歯
☐ 左顎 ☐ 右顎 ☐ 舌 ☐ その他（ _____ ）

[4] 今まで歯科治療時に麻酔をして気分が悪くなった事がありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 麻酔をしたことがない

◆歯以外の病気について

[5] 今までにかかった病気はありますか？（複数回答可）

- ☐ ない

現在治療中の病気には✓印を、過去に治療した病気は×印をお願いします。

- 心臓病（☐ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 不整脈 ☐ 弁膜症 ☐ 心不全 ☐ 心筋症 ☐ 先天性心疾患）
☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脳卒中 ☐ ぜんそく ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ てんかん
☐ 結核 ☐ 肝炎（ 型） ☐ 甲状腺の病気 ☐ がん ☐ 骨粗しょう症 ☐ HIV
☐ その他（ _____ ）

ご家族で上記の病気歴のある方はいますか？

- ☐ はい↓ ☐ いいえ

誰： _____ 病名： _____

誰： _____ 病名： _____

[6] アレルギーはありますか？

- ☐ はい↓ ☐ いいえ

◆お薬・治療状況について

【7】 現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ ない ☐ ある／（☐ お薬手帳 ☐ お薬）を持ってくる

①お薬手帳がない場合には、お薬の名前（不明な場合は何のお薬か）を教えてください。
（ ）

②ペースメーカ、または胸の中に何か埋め込んでいますか？

☐ はい ☐ いいえ

◆おからだの状態について

【8】 生活の中で気になるおからだの状態を教えてください。

①食べる時にむせることがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

②けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

③お薬のアレルギーはありますか？ ☐ はい ☐ 可能性・疑いあり ☐ いいえ

④妊娠の可能性はありますか？ 《女性の方へ》

☐ はい（妊娠 月、 出産予定日 年 月 日）

☐ 紹介状あり ☐ 産婦人科医院名（ ）

☐ いいえ ☐ わからない ☐ 授乳中

◆生活習慣について

【9】 生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【時間帯】 ☐ 起床後 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前

【1回の時間】（ ）分程度

【使うもの】 ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ その他（ ）

②喫煙習慣（電子タバコも含む）は、 ☐ なし ☐ あり（ 本／日） ☐ 過去にあり

③睡眠時間は、1日平均（ ）時間程度

④習慣的によく飲むものは、 ☐ なし ☐ あり（ ）

⑤間食は、 ☐ しない ☐ 規則正しく摂る ☐ 不規則に摂る

◆治療のご希望について

【10】 治療に際して当院へのご希望を教えてください。（複数回答可）

☐ 痛いところ、困っているところだけを治したい

☐ この機会に悪いところは全て説明を聞き、治していきたい

☐ 歯の磨き方、メンテナンス方法などについても教えて欲しい

☐ できるだけ保険を使った治療を希望

☐ 必要であれば自費治療を含む最善の治療方法の説明も受けたい

☐ その他（ ）

◆当医院へのご要望など

【11】 当院を知った理由を教えてください。

☐ ご紹介（☐ 家族の勧め ☐ 友人・知人の勧め： 様）

☐ インターネット（Google Yahoo その他： ）

☐ 看板・医院前を歩いて

☐ 医療機関からのご紹介（ ）

☐ その他（ ）

【12】 当医院へのご質問、ご要望がありましたらご自由にお書きください。

（ ）

以上で終了です。ありがとうございました。