



## 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 満	月	日 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  頬が痛い／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  ( )カ月前  ( )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  
 左頸  右頸  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はありますか?

- 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 ( 狹心症  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）を持ってきている

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ペースメーカー、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 ケ月、 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・医院前を通って

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。

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いいたします。