

問診票

令和 年 月 日

(患者さんへ) あなたの現在の状態や生活習慣などを把握し、これからの治療を効率的に進めます。お差し支えない範囲でご記入をお願いいたします。

ふりがな

お名前 _____ 職業 (_____)

ご住所 〒 _____ TEL _____ 携帯 _____

☆当院をどこでお知りになりましたか? 車利用 有・無

知人の紹介 (_____ 様) 駅の看板を見た 前を通った

医院のHPを見た 他医院の紹介 (病院名 _____)

以前来院したことがある その他 (_____)

☆生活習慣等についてお伺いします。

①お口のお手入れについて (□に☑、また該当するものに○をつけて下さい)

・ブラッシングをするタイミング: 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前

・1回のブラッシング時間: (_____) 分くらい

・歯ブラシ以外の清掃用具: フロス 歯間ブラシ その他 (_____)

②喫煙習慣 なし あり (_____ 本/日) 過去にあり

③現在治療中ですか? いいえ はい (肝炎B型・C型 : HIV : 糖尿病 : 高血圧症 : 心臓病 : 骨粗鬆症 : 脳疾患) 妊娠中 その他: (_____)

④薬を飲んでいますか? いいえ はい (薬名: _____)

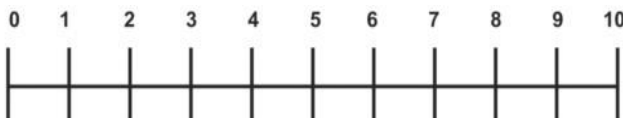
☆現在の症状についてお伺いします。

1. いかがなさいましたか? 歯が痛い 歯肉が腫れた・血が出る・動く 詰め物が取れた
 確認して欲しい 歯石を取りたい 歯・義歯を入れたい
 その他 (_____)

【具合の悪い場所を○で囲んで下さい】

右上	前上	左上
右下	前下	左下

2. 痛みはありますか? ない ある (いつから: _____ どのように: _____)



痛みの度合に○をしてください。

「1」は全く痛くない「10」は我慢できない痛み

3. アレルギーはありますか? ない ある (_____)

4. 麻酔をしたことはありますか? また、その麻酔時に異常はありませんでしたか?

あるが問題ない 麻酔したことがない 麻酔時に異常 (_____)

5. 歯科治療に恐怖心はありますか? ない ある (特に苦手な事: _____)

6. 今回の治療は 困っているところだけを治して欲しい。

問題があるところがあれば、この機会に全て治して欲しい。

保険診療内で治療を受けたい。

必要があれば保険外の技術と材料を用いて欲しい。

予約時間で特にご希望があればご記入下さい。 _____ 曜日 _____ 頃

7. その他診療についての希望や、先生に伝えたい事がありましたら、ご記入下さい。