



問診票

1 ページ目

| | | | |
|-----------|-------|--------|-------|
| フリガナ | 大正・昭和 | | |
| 氏名 | 平成・令和 | 年 月 日生 | (男・女) |
| 住所 (〒 -) | | | |
| 電話番号 | | | |
| 勤務先 (学校) | | | |

○本日はどうされましたか？

- ・歯が痛い、しみる ・虫歯がある ・歯ぐきが腫れた ・入れ歯が合わない ・入れ歯を作りたい
- ・詰め物、被せ物が取れた ・親知らずを抜きたい ・あごが痛い ・できものが出来た
- ・その他 ()

○普段、お口に関わることで気になることはありますか？

- ・ない
- ・ある ・歯の着色 ・舌の汚れ ・歯ぎしり ・あごの関節痛 ・口呼吸 ・口臭
- ・いびき ・噛み合わせ
- ・その他 ()

○お体の状態について

- ①怪我をした時に血が止まりにくかったことがある ・はい ・いいえ

女性の方にお伺いします。

- ②妊娠をしている ・はい _____ ヶ月 ・可能性あり ・いいえ
- ③授乳中である ・はい ・いいえ

○現在、治療中の病気に「○」を 過去に治療した病気には「×」を付けて下さい。

□なし

□高血圧 □糖尿病 □脳卒中 □喘息 □腎臓病 □てんかん □甲状腺の病気

□胃腸の病気 □がん ()

□認知症 □HIV □婦人科系 ()

□アレルギー ()

心臓病 □狭心症 □心筋梗塞 □不整脈 □弁膜症 □心筋症 □先天性心疾患

ペースメーカーの装着 (なし・ある)

肝臓病 □B型肝炎 □C型肝炎 □アルコール性肝炎

□その他 ()

○かかりつけの病院、通院中の病院はありますか？

()



裏面へつづく

問診票

2 ページ目

○現在、服用して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
/ お薬の名前 ()

○合わない薬はありますか？ ・ない ・ある ()

○喫煙習慣はありますか？ ・ない ・過去にある _____ 年前

・ある 紙タバコ1日 _____ 本 電子タバコ1日 _____ 本

○治療について

・この機会に悪いところは全て治したい ・痛いところだけ治したい

○過去に歯科治療でつらかったことはございますか？

[]

○当院をなにで知りましたか？

・医院ホームページ ・建物を見て ・看板を見て
・家族の紹介 (お名前 _____) ・知人の紹介 (お名前 _____)
・その他 (_____)

○予約日お知らせメールサービスを希望される方はメールアドレスをご記入ください。

○来院しやすいお時間、曜日があれば教えてください。

(必ずしもご希望に応えられるわけではございません)

・午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 月・火・木・金・土
・午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 月・火・木・金・土

○通院手段を教えてください。

・徒歩 ・バス ・車 ・車 (送迎) ・タクシー ・JR

☆ その他、ご要望がございましたらご記入ください。