

# 問診表

No.	来院日：西暦 年 月 日		
フリガナ		性別	ご住所：〒
氏名			都道府県 市町村
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 西暦 年 月 日生 ( 歳)		ご職業
TEL (	— — )	携帯TEL (	— — )

以下の質問はより良い診療を行う為の大切な内容です。お手数ですが、できるだけ正確にお答えください。

## 1.本日はいかがなさいましたか ※該当するものすべてにチェックをお願いします

- むし歯の治療 歯が欠けた 詰め物・被せ物がとれた  
入れ歯の治療（作りたい・今の入れ歯が合わない・壊れた）  
歯の掃除（クリーニング） 歯周病の治療  
お口の中の検査・相談 歯並びの検査・相談  
その他（ )

## 2.部位や症状、気になる事について詳しく教えてください

あてはまる部位に○をしてください 症状や気になる事をできる限り詳しく教えてください

左上	前上	右上
左下	前下	右下

## 3.現在のお身体の状態について教えてください ※該当するものすべてにチェックをお願いします

- 血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病  
脳血管疾患 血液系疾患 妊娠中 ( 週 予定月： 年 月)  
その他（病名： )

## 4.現在飲まれているお薬はありますか

- なし あり（薬名： )

## 5.今まで歯科治療（麻酔や抜歯など）で異常が出たことはありますか

- なし あり（麻酔が効かなかった・気分が悪くなった・その他： )

## 6.アレルギーはありますか

- なし  
あり（薬名： 食べ物： 金属： その他： )

裏面にもございます→

## 7.最後に歯科医院を受診されたのはいつ頃ですか

受診歴なし

受診歴あり (最後の受診は 年 月 日 前)

処置内容： 治療 ・ お掃除 ・ 検診 ・ その他 ( )

## 8.過去の歯科医院に対して嫌だったこと・当院への希望はありますか

嫌だったこと なし あり (詳細： )

当院への希望 なし あり (詳細： )

## 9.通院しやすい曜日 / 時間帯はありますか

曜日：月・火・水・木・金・土・不定期 時間帯：AM・PM・何時でも

## 10.お子様お預かりサービスのご希望はありますか

なし

あり (お子様のお名前： 生年月日：西暦 年 月 日 年齢： 歳 カ月)

## 11.当院を選んでくださった理由をお聞かせください

通りすがり インターネット (検索ワード： )

知人や医療機関からの紹介 ( 様)

以前通院していた その他 ( )

ご自身の歯について教えてください

### 1.ご自身の歯の本数について

現在 ( ) 本だと思う。 80歳の時には ( ) 本残したい

### 2.ご自身の口もとが気になりますか

はい いいえ

「はい」にチェックのした方

いつからですか：数か月前から ・ 2~3年以上前から ・ 子供の頃から

きっかけ：写真を見て ・ 人に言われて ・ 鏡を見て ・ その他 ( )

### 3.気になっていることを教えてください

- |                                |                                   |                                 |                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口臭    | <input type="checkbox"/> ヤニ       | <input type="checkbox"/> 歯の汚れ   | <input type="checkbox"/> 歯石     |
| <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ | <input type="checkbox"/> 歯ぐきからの出血 | <input type="checkbox"/> かぶせ物の色 | <input type="checkbox"/> かぶせ物の形 |
| <input type="checkbox"/> 歯の色   | <input type="checkbox"/> 歯の形      | <input type="checkbox"/> 歯のすき間  | <input type="checkbox"/> 歯並び    |

### 4.ご自身の歯を残すためにどんなことに興味がありますか

- 定期的なクリーニング ホワイトニング  
その他 ( )

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。