

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 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) ☐歯石とり
☐歯周病の治療 ☐むし歯・歯周病のチェック ☐歯並びの相談
☐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

左上	前上	右上
左下	前下	右下

症状や気になる事をできる限り詳しく教えてください

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

- ☐なし ☐高血圧症 ☐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.喫煙歴について教えてください

- たばこは吸われますか? ☐いいえ ☐はい(紙・電子)
「はい」にチェックした方へ
1日でどのくらい吸われますか? (本/日)

5.現在飲まれているお薬はありますか

- ☐なし ☐あり(薬名:)

6.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:)

7.アレルギーはありますか

- ☐なし
☐あり 【薬・食べ物・金属・ゴム・アルコール・その他()】

裏面にもございます→

8.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・ ヶ月前・ 日前）
処置内容： 治療 ・ 歯石とり ・ 検診 ・ その他（ ）

9.施術中に配慮してほしいこと・今後の治療への希望はありますか

- 配慮してほしいこと ☐なし ☐あり(詳細：)
今後の治療への希望 ☐なし ☐あり(詳細：)

10.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・日・不定期 時間帯： AM・PM・何時でも

11.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)

12.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.気になっていることを教えてください

- ☐口臭 ☐ヤニ ☐歯の汚れ ☐歯石
☐歯茎の腫れ ☐歯ぐきからの出血 ☐かぶせ物の色 ☐かぶせ物の形
☐歯の色 ☐歯の形 ☐歯のすき間 ☐歯並び

2.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()

3.食べる機能のご質問(60歳以上の方へ)

※以下の項目で、当てはまるものにチェックを入れてください

- ☐半年前に比べて、硬いものが食べにくい ☐お茶や汁物などでむせる
☐口の渴きが気になる(口が粘つく) ☐口臭が気になる
☐食べるのが遅くなった ☐滑舌が悪くなった
☐頬や舌、唇をかむ ☐食べこぼしが増えた
☐食べ物が口の中に残る ☐食べ物や薬などが、飲み込みにくくなった

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。