

# 問 診 票

ふりがな		生年月日		年	月	日生	才	男・女
お名前								
ご住所	〒	-	自宅TEL	-	-			
			携帯TEL および メールアドレス	-	-	@		
勤務先		TEL	-	-	緊急連絡先 (本人除く)	TEL	-	続柄 ( )

問診票は、あなたの診療のための大切な参考資料です。  
あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

**① どうなさいましたか(複数回答可)**

- 歯が痛い  歯がしみる  歯ぐきが痛い  あごが痛い  歯がぐらぐらする  血がでる
- 詰め物・差し歯がとれた  入れ歯を作りたい  入れ歯が合わない・痛い
- 銀歯を白い詰め物・差し歯に変えたい  インプラント希望・相談
- 歯の清掃をしてほしい  口臭が気になる  歯並び・かみあわせが気になる  歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査してほしい  その他( )

**② お痛みがあれば、箇所を教えてください  
また、お痛みはどのくらい前から続いていますか？**

- |    |    |    |  |
|----|----|----|--|
| 左上 | 上前 | 右上 | <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> その他 |
| 左下 | 下前 | 右下 |  |
- 今日はじめて  ( ) 日前から

**③ いままでに歯科治療で麻酔をしたり  
歯を抜いたときに異常はありませんでしたか？**

- 異常なかった
- 貧血・めまいを起こした  アレルギーがでた
- 血が止まりにくかった  その他( )

**④ 過去に大きな病気や手術をしましたか？**

- ない  あった(病名)
- ( )

**⑤ 過去にアレルギー、あわない薬がありましたか？**

- ない  あった(薬品名・金属名)
- ( )

**⑥ 現在治療中、または過去1年以内に  
医療機関にかかったことがありますか？**

- ない  心臓病  腎臓病・透析  喘息
- 脳血管障害  高血圧( / mmHg)
- 糖尿病(HbA1c )  肝臓病( 型)
- 妊娠中(出産予定日 / )  授乳中( ヶ月)
- 骨粗鬆症  睡眠剤や安定剤を服用している
- 発達障害  認知症
- その他( )
- ◆通院中の医療機関( )

**⑦ 現在飲み続けている薬はありますか？**

- ない  ある(薬品名)
- ( )

**⑧ 当医院をどのようにしてお知りになりましたか？**

- ホームページ  タウンページ
- 歯科検索サイト
- 院前を通過  近隣
- 紹介されてきた(ご紹介者名)

**⑨ 治療のご希望について教えてください(複数回答可)**

- 自分に合った理想的な治療を受けたい
- 将来にわたって健康でいられるための治療を受けたい
- 歯を白くしたい(ホワイトニング)
- 銀歯が気になる
- 歯の予防について教えて欲しい
- 特殊な入れ歯・インプラントで自分の歯のようにおいしく食事をしたい
- 材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい
- 今回は痛い所のみ治療したい
- 費用を抑えて保険のきく範囲で治療したい
- その他( )

ご記入ありがとうございました