

# 問診表

フリガナ

お名前 生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )

ご住所 〒 - 市 区

お電話番号 (ご自宅) (携帯)

勤務先 勤務先住所 電話番号

**\* ご来院理由**

むし歯 痛い しみる 銀歯などがとれた かけた 腫れた 検診  
 歯がグラグラする 歯周病の治療 歯茎から出血する 歯石取り・クリーニング  
 入れ歯が合わない・作りたい 歯が抜けた インプラント治療 矯正相談  
 ホワイトニング 笑気ガス希望 その他 ( )

**\* 問診**

1、 歯科の麻酔を受けたことはありますか？ ない ある  
 2、 麻酔をした時異常はありましたか？ ない ある  
 3、 歯を抜いた事はありますか？ ない ある  
 4、 歯を抜いた時に異常はありましたか？ ない ある  
血が止まりにくい 何日も痛みが続いた 貧血を起こした 熱が出た

5、 現在または過去にかかった病気や感染症はありますか？ ない ある  
肝臓 肝炎 (B・C) 心臓 腎臓 糖尿 貧血 脳梗塞 喘息  
高血圧 精神病 骨粗鬆症 悪性腫瘍 (部位 ) その他 ( )

6、 アレルギーはありますか？ なし ある  
花粉症 鼻炎 薬 ( ) 食べ物 ( )  
金属 その他 \_\_\_\_\_

7、 現在の体調は 良好 発熱 頭痛や気分が悪い 風邪  
血圧 ( / )

8、 服用の薬はありますか？ なし ある お薬手帳をお持ちの方はご提出下さい。  
 お薬の名前 ・ ・ ・ ・

9、 女性の方に  
 妊娠中 出産予定日 年 月 日 ( 週目 ) 妊娠の可能性がある  
 授乳中 産後 ヵ月 年

10、 通院について、ご希望があればお書き下さい。  
曜日 ・ 午前 ・ 午後 ・ 時以降 ・ いつでも可  
 他 \_\_\_\_\_

11、治療についてのご希望はありますか？

( )月( )日までに治療を終わりたい

(理由：転居・結婚式・就職・その他\_\_\_\_\_)

( )ヶ月以内

(理由：転居・結婚式・就職・その他\_\_\_\_\_)

特に希望なし

一回の治療時間は長くてもいいので、治療回数を少なくして欲しい

治療期間が長くなってもいいので、一回の治療時間を短くして欲しい

回数がかかってもいいので、全体をしっかりと治したい

相談しながら決めたい

その他\_\_\_\_\_

～治療に関するアンケート～

- ・ 歯磨きをするのは 起床時 食後(朝・昼・夜) 就寝前  
1回の歯磨きの時間は( )分くらい
- ・ 歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他
- ・ 喫煙習慣 なし あり( カ月・ 年間) 過去にあり
- ・ 睡眠時間 平均( )時間
- ・ 食生活習慣について
  - ・ 習慣的飲料物 なし あり( )
  - ・ 間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

～患者様へお願い～

- ・ 当院は予約診療制です。無断キャンセルは無いようにご協力をお願いします。
- ・ キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。
- ・ 予約時間に遅れた場合、診療時間が短くなることや、お待たせすることがあります。予めご了承ください。