



問診票

1 ページ目

フリガナ 氏名	大正・昭和・平成	年	月	日生	(男・女)
住所 (〒 — )					
職業 (学校)					
連絡先 (自宅or携帯番号)					
通院手段 ・徒歩 ・地下鉄 ・バス ・車 ・車 (送迎) ・タクシー					
当院をなにで知りましたか? ・家、職場から近い ・インターネット検索 ・SNS ・当院ホームページ ・その他 ( ) ・知人の紹介 紹介者のお名前 [ ]					

1.本日はどうされましたか?

- ・健診希望 ・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 ( )

2.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
- (クリーン) 口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石
- (ビューティー) 歯の色 歯の形 歯のすき間 歯並び かぶせたものの色
- かぶせたものの形 歯ぐきの色 歯ぐきの形
- (その他) 口呼吸 噛み合わせ いびき 歯ぎしり

3.ホワイトニング (歯を白くする) に興味はありますか?

- ある わからないので説明してほしい ない

4.現在、治療中の病気に「○」を 過去に治療した病気には「x」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
- 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 ( )



## 問診票 2 ページ目

5.かかりつけの病院、通院中の病院はありますか？

( )

6.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 ( )

7.合わない薬はありますか？

・ない ・ある ( )

8.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

9.過去に歯科治療でつらかったことはございますか？

[ ]

10.過去に歯を抜いたことはありますか？

・ない ・ある

11.歯の麻酔、抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？

・ない ・ある

12.歯科治療で血が止まりにくかったことはありますか？

・ない ・ある

13.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

14.来院しやすいお時間、曜日があれば教えてください。

・特にない (わからない)

・候補① 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時頃 月・火・水・木・金・土

・候補② 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時頃 月・火・水・木・金・土

15.SMS (ショートメッセージ\* 受信無料) での予約事前連絡

お約束の前日にご確認のメールを送りいたします。全ての患者様にお送りしておりますが、メール連絡ご不要の方は、下記のチェックをお願い致します。

不要

☆ その他、ご要望がございましたらご記入ください。