

# 問診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな お名前		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)		
ご住所	〒		自宅電話				
			携帯電話				
			Email		@		
勤務先(学校)		職業	勤務先電話				
こちらが連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> 勤務先電話	午前 / 午後	時頃

該当する箇所の☑にチェック、もしくは( )内にご記入をお願いいたします。

どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い     歯ぐきが痛い     あごがいたい     つめもの・差し歯がとれた
- 治療が必要だと思う歯がある     歯がグラグラする・血が出る     歯石を取りたい
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい     歯並び・かみ合わせが気になる     口臭が気になる
- 歯のクリーニング希望     歯を白くしたい     口の中を全体的に検査したい
- その他  
( )

場所は？

- 上・左奥歯     上・前歯     上・右奥歯
- 下・左奥歯     下・前歯     下・右奥歯

いつからですか？

- 今日     ( ) 日前から     その他 ( )

最近歯医者にかかったのはいつですか？

- 例) 2年前の夏 等 (初めての方は「初めて」とご記入ください)
- ( )

歯医者で麻酔を注射して、異常が起きたことはありますか？

- ある (症状: )
- ない

お薬を飲んで、異常が起きたことはありますか？

- ある (症状: )
- ない

治療方法のご希望は？

- 悪いところは全部治療したい     検診後、相談をしながら治療をしたい
- 今、痛んでいるところだけ治療したい

予約をしやすい曜日、時間等がございましたら教えてください

- ( )

診察に関して、ご質問、ご希望がありましたら、遠慮なくご記入ください

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ◇健康状態についてお答えください

該当する箇所の☑にチェックもしくは記入をお願いいたします

①現在のお体の状態で当てはまるものをすべてお答えください

高血圧    心臓疾患    糖尿病    呼吸器疾患    肝炎    胃腸疾患    疾患    妊娠中

その他疾患で通院中

( )

②上記の項目についてお答えください（手術した時期 等）

( )

※詳細は診療室でお伺いいたします

③現在、服用中のお薬があれば、分かる範囲でお答えください

( )

※お薬手帳をお持ちの方、提出いただければ記入の必要はございません

## ◇生活習慣についてお答えください

該当する箇所の☑にチェック、もしくは（ ）内にご記入をお願いいたします

① 1日の歯磨き回数に関して

1日（                                      回）

②歯磨きの時間帯に関して（複数回答）

朝食後    昼食後    夕食後    その他（                                      ）

③間食の取り方に関して

規則正しい    不規則    間食をしない

④平均睡眠時間に関して

8時間以上    8～6時間    6～4時間    4時間以下

⑤喫煙習慣に関して

あり    なし    過去に喫煙経験あり

⑥歯ぐきから血がでますか？

よく出る    時々出る    出ない

⑦口臭が気になりますか？

気になる    時々気になる    気にならない

⑧歯磨きの方法を習ったことはありますか？

ある    ない

お名前 : \_\_\_\_\_