

問診票

診察券No. _____

ご記入日 : _____ 年 ____ 月 ____ 日

フリカナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				才
住所	〒					
連絡先	携帯：	自宅：				
	メールアドレス：	@				
勤務先・学校	名称：	連絡先：				
ご紹介者様	様（ご家族・勤務先や学校の方・友人や知人・医師）					

- ・ 患者様の体質や既往歴を知ることは、より良い治療をするために非常に大切な情報となります。また、当院の関係者以外の目に触れるものではございません。ご協力よろしくお願い致します。
- ・ お薬手帳をお持ちの方は、受付にお申し出ください。

1、当院以外で、最後に歯科医院で治療を受けられたのはいつで、どのような治療内容ですか？
 _____ 年 ____ 月 ____ 日頃（治療内容： _____）

- 2、今回は、どうなさいましたか？
- 歯が痛い むし歯がある 歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れている
 - 詰めもの・被せものが取れた 詰めもの・被せものが割れた 入れ歯の具合が悪い
 - 歯が割れた 歯が凍みる 検診をしてほしい 歯の清掃をしてほしい
 - 審美相談（見た目をきれいにしたい） ホワイトニング相談 矯正相談
 - インプラント相談 その他（ _____ ）

3、それはどこですか？

右上 前上 左上 右下 前下 左下 全部 その他（ _____ ）

4、いつ頃からですか？（お痛みのある方）

（ _____ ）日前 （ _____ ）ヶ月 その他（ _____ ）

5、どのように痛みますか？（お痛みのある方）

- ズキズキ痛い 咬むと痛い ときどき痛い 歯がしみる（冷・温）
- 押すと痛い その他（ _____ ）

6、それはどこですか？

右上 前上 左上 右下 前下 左下 全部 その他（ _____ ）

7、歯を抜いたことはありますか？ いいえ はい（ _____ 年 ____ 月くらい前）

8、その時何か異常はありましたか？（7で「はい」とお答えの方）

- いいえ 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た
- その他（ _____ ）

9、歯の治療で麻酔をしたことはありますか？ いいえ はい

10、その時何か異常はありましたか？（9で「はい」とお答えの方）

いいえ はい（症状： _____）

11、歯ぎしり、くいしばりはされますか？ いいえ はい わからない

裏面につづく

- 1 2、現在、ならびに過去にかかった病気はありますか？
 いいえ 心臓 肝炎（A・B・C） 腎臓 貧血症 高血圧 低血圧
 糖尿病 骨粗鬆症 血液疾患 悪性腫瘍 脳卒中 認知症 HIV
 喘息 アレルギー〈薬・金属・ラテックス・その他〉（種類： ）
 その他（ ）
- 1 3、現在、飲んでいる薬はありますか？
 いいえ はい（病名： 薬名： ）
- 1 4、薬による副作用はありましたか。また、どのような症状でしたでしょうか？
 いいえ 胃痛 発疹 かゆみ その他（ ）
- 1 5、現在おタバコは吸われますか？（加熱式タバコ・電子タバコなど新型タバコ含む）
 いいえ はい：（ ）本/日、現在の喫煙歴（ ）年
- 1 6、過去におタバコは吸われたことはありますか？（加熱式タバコ・電子タバコなど新型タバコ含む）
 いいえ はい：（ ）年前に、（ ）本/日、過去の喫煙歴（ ）年
- 1 7、遠方への引っ越しの予定はありますか？
 いいえ はい（いつ頃： どちらに： ）
- 1 8、結婚のご予定はありますか？ いいえ はい（いつ頃： ）
- 1 9、現在、妊娠中、授乳中、あるいはその可能性はありますか？
 いいえ はい（授乳中、妊娠中：出産予定 年 月）
* 治療期間中にご妊娠されましたらお知らせください。
- 2 0、定期的に歯科医院でクリーニングを行っていますか？ いいえ はい（ 年 月頃）
- 2 1、治療における痛みについて教えてください。 特に弱い 弱い ふつう 強い
- 2 2、ご通院される場合のご希望の曜日・時間帯を教えてください。
（ 曜日 / 午前 ・ 午後 時頃）
- 2 3、治療についてのご希望はありますか？
 悪いところはすべて治したい 痛いところだけ治したい 相談の上で決めたい
 保険の範囲内で治療したい なるべく保険で、それ以外は説明を聞いて検討したい
 最も良い材料や方法で治療してほしい 担当医制が良い
 出来るだけ回数を少なくしてほしい 回数が増えても、毎回時間内に終えてほしい
 出来るだけ毎回詳しく説明してほしい その他（ ）

ご通院していただく上での注意事項です。必ずご一読いただき、に✓をご記入ください。

- 患者様のご都合による処置のキャンセル・変更については、ご予約前日（休診日を除く）の診療時間内にお電話にてご連絡ください。留守番電話では、お受けしておりません。10分以上の遅刻に関しましては、交通事情・駐車場状況に関わらず、当日キャンセル扱いとさせていただきます、予約変更をさせていただきます。（インプラント治療ならびに矯正治療におけるキャンセルの規定は、各問診票をご確認ください。）
- 治療に関わる内容や臨時休診など、医院からご連絡を差し上げることがございます。電話番号やメールアドレスなど連絡のつくご連絡先をお知らせください。また、住所変更がありましたら、スタッフにお申し付けください。