

# 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。