

問診票

令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日 歳
ご連絡先電話番号		ご住所
(自宅)	〒	
(携帯)		

※今後の診療に役立てるための資料です。下記の質問にお答え下さい。□にチェックして下さい。

【1】来院された主な理由は何ですか。	
<input type="checkbox"/> 歯が痛い（何もしなくても痛い・噛むと痛い）	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた
<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる
<input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた	<input type="checkbox"/> 新しい入れ歯を作りたい
<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> クリーニング	<input type="checkbox"/> 上記以外（ ）
【2】その症状はいつ頃からですか（ ）	
【3】今までに歯科治療を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
【4】今回の歯科治療のご希望 <input type="checkbox"/> 気になる所のみ治療希望 <input type="checkbox"/> 全て治療したい	
【5】治療内容についてのご希望 <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 必要に応じて自費も希望	
【6】麻酔で気分が悪くなったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
【7】血が止まりにくかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
【8】現在治療中の病気や過去にかかったことのある病気はありますか。	
<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある（以下にチェックを入れて下さい。）	
<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患	
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患（ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他（ ））	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
【9】薬やその他のアレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）	
【10】現在飲まれているお薬はありますか。	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬剤名： ）	
【11】喫煙はされますか。 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（ 本 / 日）	
【12】妊娠中の方へ（妊娠 週）	
【13】歯科の治療に際してご希望などあればご記入下さい。	
【14】来院されたきっかけを教えてください。	
<input type="checkbox"/> 紹介（ ）様 <input type="checkbox"/> 家族が通院中 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他	