



問診票

ご記入日

年

月

日

フリガナ			生年月日	
お名前		男	西暦	年 月 日 (歳)
		女	電話	- -
ご住所	〒 -	携帯	-	-
		来院可能曜日・時間帯 ()		
勤務先 (学校)		職業		緊急連絡先
				続柄 ()

問診票は私たちと患者さんをつなぐ重要な情報源となります。わかる範囲で結構ですので、ご記入をお願いします。
該当する番号に丸をつけて下さい。

当院は初めてですか？

1. 初めて 2. 以前来たことがある (年 月頃)

本日はどうされましたか？

1. 痛みがある 2. 腫れている 3. 虫歯がある 4. 詰め物・被せ物が取れた 5. 検診 6. 口臭がする
7. 歯がグラグラする 8. 入れ歯が合わない 9. 外傷 (いつ頃) 10. 歯を白くしたい
11. 歯並び 12. 歯石取り 13. その他 ()

歯科医院はどのくらいぶりですか？

年 ヶ月 ぶり

今までにかかった病気はありますか？

1. ない 2. 心臓病 3. 脳梗塞 4. 肝炎ウイルス 5. 骨粗鬆症 6. 高血圧 (/) 7. 糖尿病
8. 腎臓病 9. ぜんそく 10. アレルギー 11. 心療内科 12. その他 ()

現在飲んでいる薬はありますか？

1. ない 2. ある 血液をサラサラにする薬 骨粗しょう症の薬・注射 その他

今までお薬などでかゆみや湿疹がでたことはありますか？

1. ない 2. ある (薬剤名)

女性の方へ 妊娠に関して

1. 妊娠していない 2. 妊娠の可能性がある 3. 妊娠中 (ヶ月) 4. 授乳中

今までに麻酔注射・抜歯などで何か異常がありましたか？

1. ない 2. 血が止まらなかった 3. 気分が悪くなった 4. 腫れた 5. 貧血めまいを起こした

以前歯科治療で、不快なことを経験されたことはありますか？

1. ない 2. 痛い思いをした 3. 治療中に気分が悪くなった 4. 麻酔が効きにくかった
5. 型取りが苦しかった 6. その他 ()

治療内容

1. 全て保険の範囲内で治療したい(保険外治療について説明不要)
2. なるべく保険内で、場合によっては保険外も考えたい 3. 最も良い方法で 4. 相談して決めたい

麻酔について

1. 必要なら麻酔を必ずしてほしい 2. 多少は我慢するので麻酔は出来るだけしないでほしい 3. 医師の判断に任せる

治療についてのご希望

1. 悪いところは全部治したい 2. 痛みのある歯だけ治したい

当院を知ったきっかけ

1. 近所だから 2. 家族・知人からのご紹介 (お名前 関係) 3. ホームページを見て

来院方法

1. 徒歩 2. 自転車 3. 車 4. バイク 5. 地下鉄 6. バス 7. その他 ()

※医師・スタッフに気をつけてほしいこと、他治療に関してご要望などございましたらお聞かせ下さい