

令和 年 月 日

問 診 票

ふりがな

氏名 男 / 女 生年月日： 年 月 日生

住所 〒 -

電話番号：（ご自宅）（携帯） ご職業：

○お口の中の症状、気になる事をおしえてください。（複数選択可）

- ☐ 歯が痛い ☐ むし歯が気になる ☐ しみる ☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 歯ぐきから血が出る
☐ 詰め物・被せ物取れた ☐ 歯石取り・クリーニング ☐ 定期検診 ☐ 入れ歯の相談
☐ 歯並びの相談 ☐ インプラント相談 ☐ ホワイトニング
☐ その他（ ）

○現在の症状をおしえてください。

- いつ頃からですか？（ ） 場所 ☐ 右上 ☐ 上前歯 ☐ 左上 / ☐ 右下 ☐ 下前歯 ☐ 左下
症状 ☐ ズキズキする ☐ 噛むと痛い ☐ しみる ☐ 腫れている ☐ 出血する ☐ グラグラする
☐ 痛みはなく違和感程度 ☐ 以前は痛かったが今は落ち着いた

○過去に歯医者さんに行った経験をおしえてください。

- 最後の受診 ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 1～3年以内 ☐ 3年以上前 ☐ 行ったことがない
苦手なこと ☐ 痛み ☐ 麻酔 ☐ 音・振動 ☐ におい ☐ えづきやすい ☐ 特になし
（複数選択可）

○以前に麻酔の注射をして気分が悪くなったことはありますか？

- ☐ なし ☐ ある → どのような症状でしたか？（ ）

○現在もしくは過去にかかれた病気、服用している薬はありますか？

- ☐ 特になし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓の病気 ☐ 脳血管の病気 ☐ 骨粗しょう症
☐ 肝臓の病気 ☐ 腎臓の病気 ☐ 呼吸器の病気 ☐ がん（ ） ☐ その他（ ）

内服している薬： かかっている病院：

↑ ＊お薬手帳をご提示いただければ未記入で結構です

○薬、食べ物、金属、ゴムなどでアレルギーや気分の悪くなる物がありますか？

- ☐ なし ☐ ある（薬・食べ物・金属・ゴム）

○おたばこを吸っていますか？

- ☐ 吸ったことはない ☐ 吸っている（ 本/日） ☐ 過去に吸っていた

○治療についてのご希望をおしえてください。

- ☐ 悪いところはすべて治したい ☐ 痛いところだけ治したい ☐ 相談のうえ治療方針を決めたい

○これからのお口について、ご希望をおしえてください。

- ☐ 定期的に予防して長く歯を守りたい ☐ 悪くなった時だけ受診したい ☐ 相談しながら決めたい

○当クリニックにご来院されたのは？

- ☐ ご家族のご紹介〔お名前 〕 ☐ 知人のご紹介〔お名前 〕
☐ 家が近い ☐ 職場が近い ☐ インターネットを見て

○女性の方のみお答えください

- ☐ 妊娠中である（妊娠 週） ☐ 授乳中である（授乳間隔 時間おき） ☐ 妊娠の可能性がある

○来院希望曜日もしくは来院ができない曜日を教えてください。

- ☐ 特に希望はない ☐ 来院希望曜日（ ） ☐ 来院できない曜日（ ）

○治療への不安なことやご希望がございましたらご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお渡しの上、もうしばらくお待ちください。