

問診表

本日の日付をご記入下さい

年 月 日

ふりがな			
お名前	男・女		
生年月日	大 昭 平	年	月 日 (才)
ご住所	〒		
ご連絡先	携帯番号	—	—
	自宅電話番号	—	—
ご職業			
当院をお知りになった理由は？	知人・家族からの紹介（ご紹介者：様） <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> リビングを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> その他（ ）		

★ お薬手帳をお持ちの方は受付にお申し出下さい。

★ 当院では患者様により良い治療とご説明の行なうためお口の中の写真をお撮りしています。苦手な方はおっしゃってください。

●どうなさいましたか？

- 歯が痛い（しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い） むし歯がある 詰め物・被せ物がとれた
歯ぐきから血が出る・はれた 入れ歯があわない・入れ歯を入れたい
審美相談（見た目をきれいにしたい、ホワイトニングをしたい） インプラント相談
歯石を取りたい 歯並びをきれいにしたい
その他（ ）

●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

●いつからどのように痛みますか？（痛みのある方へ）

（ ）日/ヶ月/年 前から

- ズキズキ痛い かむと痛い ときどき痛い 冷たいものがしみる あついものがしみる
その他（ ）

●当院以外(歯医者)で最後に治療を受けられたのは、いつですか？またその治療内容は？

年 月 日 治療内容()

その時の感想は？

- 痛かった 痛くなかった 怖かった 優しかった 通院が大変 便利だった
説明してくれなかった よく理解できた
その他()

●治療について

- 月 日までに治療を終えてほしい
悪いところは全部治したい 痛い所だけ治したい
もっとも良い材料と方法で治療してほしい 担当が変わってもいいので早く治療を進めたい
保険の範囲内で治療したい なるべく保険で、それ以外は説明してほしい
極端に“こわがり”なので、注意してほしい
できるだけ回数を少なく、1回あたりの時間を長く設けてほしい
回数が増えても毎回時間内で終えてほしい
自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けてほしい
その他（ ）

裏へ続く

●歯を抜いたことがありますか？

いいえ はい → () 年前 () カ月前

●その時何か異常はありましたか？ (歯を抜いたことがある方へ)

いいえ
はい → 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た
その他 ()

●歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

いいえ はい

●その時何か異常はありましたか？ (麻酔をしたことがある方へ)

いいえ はい (症状)

●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

●薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？

いいえ
はい → 胃痛 発疹 かゆみ その他 ()

●現在及び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
骨粗しょう症 血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍
喘息 その他 ()

●現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい (病名： 薬品名：)

●現在おタバコは吸われますか？(※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい 1日 () 本 現在の喫煙歴 () 年

●過去におタバコを吸われたことはありますか？(※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい () 年前に約 () 本 / 1 日) 過去の喫煙歴 () 年

【女性の方へご質問いたします】

●現在、妊娠していますか？

いいえ はい () カ月
わからない 《治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい》

●現在、授乳中ですか？

いいえ はい

★ 無断キャンセルを2回以上された方は、他の患者様に大変ご迷惑をかけてしまう為、ご予約のご希望が通らない場合や待ち時間が発生することがございます。キャンセルされる場合は必ずお電話にてご連絡お待ちしております。

★ 当院では原則として担当制をとっております。ご希望のスタッフがあれば遠慮なくお気軽にお申し出下さい。可能な範囲で対応させていただきます。(混雑状況などにより一部ご希望に添えない場合も生じます。)ご理解の程、お願い申し上げます。

アレルギーについての問診です。

- ① お仕事で金属を使用されますか？
はい いいえ
- ② ご趣味で金属を使用されますか？
はい いいえ
- ③ 金属製品でかぶれた事がありますか？
はい いいえ
- ④ ピアスの穴をあけていますか？
はい いいえ
- ⑤ チョコやナッツ等の嗜好品はありますか？
はい いいえ
- ⑥ 冬でも湿疹のようなものができますか？
はい いいえ
- ⑦ □の中の粘膜や舌にまだら模様が出ていますか？
はい いいえ
- ⑧ 最近味覚が鈍くなり金属のような味がしますか？
はい いいえ