



問診票

当クリニックでは患者様の健康状態やご希望をお伺いして治療の参考にさせて頂いております。
できるだけ正確に詳しくご記入をお願いします。尚、この内容は診療以外の目的に使用しない
ことをお約束いたします。

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前		男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		Email		@	
勤務先(学校)		職業		勤務先電話	
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> 勤務先電話 午前/午後 時頃

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答え下さい。(複数チェック可)

当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て(看板など)
 知人・家族の紹介 () 様
 インターネット・ホームページ
 チラシなど
 その他()

どうなさいましたか?(複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
 つめもの・差し歯が取れた 治療が必要だと思う歯がある
 歯がグラグラする・血が出る 歯石を取りたい
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる
 歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
 口の中を全体的に検査したい
 その他(具体的にご記入下さい)

いつからですか?

- 今日 () 日前から その他()

今の健康状態は?

- 普通・良好 不良

妊娠に関して(女性のみ)

- 妊娠中() ヶ月 妊娠の可能性がある
 不妊治療中 授乳中

アレルギーはありますか?

- ある (食べ物)
 (お薬)
 ない

次の病気にかかったことはありますか?

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
 甲状腺疾患 肝炎ウイルス(B・C) 糖尿病
 高血圧(/) リウマチ 蓄のう症
 貧血 骨粗しょう症 ぜんそく
 その他(病名:)
 ない

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか?

- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
 熱が出た アレルギーが出た 麻酔が効きにくかった
 その他(具体的に:)
 ない

現在飲んでいるお薬がありますか?

- ある(お薬の名前:)
 ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか?

- ある(お薬の名前:)
 ない

歯磨きについて

- ① いつ磨きますか?
 朝 昼 夜 磨かない日もある 磨かない
 ② 1回の歯磨きの時間はどれくらいですか? (約) 分
 ③ 歯磨きの方法を教わったことがありますか?
 歯科医院で 学校で 職場で ない

過去に歯科治療でいやな経験をしたことがあればお書きください

具体的に