



## 問診票

1 ページ目

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| フリガナ      | 大正・昭和              |
| 氏名        | 平成・令和 年 月 日生 (男・女) |
| 住所 (〒 一 ) |                    |
| 電話番号      |                    |
| 勤務先 (学校)  |                    |

## ○本日はどうされましたか？

- ・歯が痛い、しみる  ・虫歯がある  ・歯ぐきが腫れた  ・入れ歯が合わない  ・入れ歯を作りたい
- ・詰め物、被せ物が取れた  ・親知らずを抜きたい  ・あごが痛い  ・できものが出来た
- ・その他 ( )

## ○普段、お口に関わることで気になることはありますか？

- ・ない
- ・ある       ・歯の着色    ・舌の汚れ    ・歯ぎしり    ・あごの関節痛    ・口呼吸    ・口臭  
    ・いびき       ・噛み合わせ
- ・その他 ( )

## ○お体の状態について

①怪我をした時に血が止まりにくかったことがある       ・はい       ・いいえ

女性の方にお伺いします。

②妊娠をしている       ・はい \_\_\_\_\_ヶ月       ・可能性あり       ・いいえ  
 ③授乳中である       ・はい       ・いいえ

## ○現在、治療中の病気に「○」を過去に治療した病気には「×」を付けて下さい。

なし

高血圧 糖尿病 脳卒中 喘息 腎臓病 てんかん 甲状腺の病気

胃腸の病気 がん ( )

認知症 HIV 婦人科系 ( )

アレルギー ( )

心臓病 狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心筋症 先天性心疾患  
 ペースメーカーの装着 (なし・ある)

肝臓病 B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝炎

その他 ( )

## ○かかりつけの病院、通院中の病院はありますか？

( )

( )



裏面へつづく

# 問診票 2ページ目

## ○現在、服用しているお薬はありますか？

- ・ない    ·ある／ ·お薬手帳    ·お薬) を持ってきている  
／ お薬の名前 ( )

## ○合わない薬はありますか？    ·ない    ·ある ( )

## ○喫煙習慣はありますか？    ·ない    ·過去にある 年前

·ある 紙タバコ1日 本 電子タバコ1日 本

## ○治療について

- ・この機会に悪いところは全て治したい    ·痛いところだけ治したい

## ○過去に歯科治療でつらかったことはございますか？

[ ]

## ○当院をなにで知りましたか？

- ・医院ホームページ    ·建物を見て    ·看板を見て  
・家族の紹介 (お名前 )    ·知人の紹介 (お名前 )  
・その他 ( )

## ○予約日お知らせメールサービスを希望される方はメールアドレスをご記入ください。

## ○来院しやすいお時間、曜日があれば教えて下さい。

(必ずしもご希望に応えられるわけではございません)

- ・午前・午後 時 分頃 月・火・木・金・土  
・午前・午後 時 分頃 月・火・木・金・土

## ○通院手段を教えて下さい。

- ・徒歩    ·バス    ·車    ·車(送迎)    ·タクシー    ·JR

☆ その他、ご要望がございましたらご記入ください。