

問診表



年 月 日

フリガナ
氏名
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ()歳
住所 〒
携帯番号：
自宅番号：

* 当院におみえになったのは

- ☐ 紹介されてきた ご紹介者名 ()
☐ HPをみて ☐ 雑誌
☐ 看板 ☐ その他 ()

* 本日はどうなさいましたか？

- ☐ 虫歯の治療をしたい ☐ 詰め物が取れた ☐ 検診をしてほしい
☐ インプラント ☐ ホワイトニング ☐ 歯の掃除をしてほしい
☐ 歯並びが気になる ☐ その他 ()

* 歯医者はどのくらいぶりですか？

- ☐ 1 カ月以内 ☐ 6 カ月 ☐ 1 年
☐ 1 年以上 ()

* 気になる場所はどこですか？

- 右上 上前 左上 ☐ 歯 ☐ 舌 ☐ 歯肉
 右下 下前 左下 ☐ 唇 ☐ 頬 ☐ 顎

* 痛みはありますか？

- ☐ ない ☐ ある (ある方は下の質問もお答えください)
 ・ 痛み方 ☐ 何もしなくても常に痛い ☐ 時々痛い
 ☐ 夜眠れなかった ☐ 食事をすると痛い
 ・ 痛みの程度 ☐ ズキズキと痛む ☐ 鈍痛 ☐ 噛むと痛い
 ☐ 冷たいものがしみる ☐ 温かいものがしみる
 ☐ その他 ()

* 以前に麻酔をした時に

異常はありませんでしたか？

- ☐ 麻酔をしたことがない ☐ 異常はなかった
☐ 異常があった ()

* 薬や金属に対して

アレルギーはありますか？

- ☐ ない
☐ ある ()

* 現在のお体の状態

- ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧病 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 心血管疾患
☐ 肝炎 ☐ H.I.V
☐ 妊娠中 (カ月) ☐ 授乳中 (カ月)
☐ その他 ()

* お薬を飲んでいますか？

- ☐ いいえ ☐ はい ()
 ※お薬手帳をお持ち方は問診票と一緒にご提出お願いします。

* 歯磨きについて

- ・ 1日 () 回 ・ 1回 () 分くらい
☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前

* よく飲む飲料は何ですか？

- ☐ 炭酸飲料 ☐ ジュース ☐ お茶 ☐ コーヒー
☐ その他 ()

* 間食（おやつ）の時間

- ☐ 不規則 ☐ 規則的 ☐ あまりしない

* 歯磨きの際使用するもの

- ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ その他 ()

* タバコは吸いますか？

- ☐ 吸わない ☐ 吸う 1 日約 () 本 ☐ 過去に吸っていた

* 睡眠時間はどのくらいですか？

約 () 時間

* 歯磨き方法を習った事がありますか？

- ☐ ある ☐ ない

* 予約について

- ☐ () 曜日 () 時頃希望
☐ 特になし ☐ 不定期

* ご質問、ご要望があればご記入ください