

## 問 診 表

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※日付・名前のふりがなは、必ずご記入ください。

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 男・女

現住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯の番号 \_\_\_\_\_ (早くご案内できる場合などにこちらからお電話する事がございます)

<b>1) どうされましたか？ 印をつけてください。</b> <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた、血が出る <input type="checkbox"/> 噛むと痛いところがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> クリーニング (着色など) <input type="checkbox"/> ブリーチング (ホワイトニング) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> その他 _____	
<b>2) どのような症状がいつから出ていますか？</b> [時期: _____ 症状: _____ ]	
<b>3) 以前、歯科にかかっていたのはいつ頃ですか？</b> _____ヶ月前ごろ	
<b>4) 歯科治療の際、麻酔を使用したことはありますか？</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<b>5) 歯科治療を受けて、異常や違和感はうけたことは？</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: _____)	
<b>6) 現在、病気やケガで通院中ですか？(他の歯科も含めて)</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (詳細: _____)	
<b>7) 現在、服用している薬はありますか？</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名: _____)	
<b>8) 次の病気にかかったことがありますか？</b> <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 肝硬変 ( _____ 型肝炎) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> アレルギー-鼻炎、皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし	
<b>9) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは？</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____ )	
<b>10) 過去、手術、大きなケガ、入院をしたことがありますか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )	
<b>11) 現在、妊娠していますか？</b> <input type="checkbox"/> はい (第 _____ 週目) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <b>又は授乳中ですか？</b> <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 授乳していない	
<b>12) 治療範囲について</b> <input type="checkbox"/> 今回のところだけでいい <input type="checkbox"/> 他の要治療のところもすべて治したい	
<b>13) 治療で優先したいご希望に印をつけてください (いくつでも可)</b> <input type="checkbox"/> 治療費を安く <input type="checkbox"/> 見た目に違和感がないこと <input type="checkbox"/> 歯の健康を長く維持すること <input type="checkbox"/> 治療期間を短くしたい <input type="checkbox"/> 治療の痛みを減らしたい <input type="checkbox"/> その他 _____	
<b>14) 食生活習慣について</b> ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) ・間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない	
<b>15) お口の手入れについて</b> ・ハミガキをするのは <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・ハミガキ一回の時間は _____分くらい ・歯ブラシ以外のデンタルケアは <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> なし	
<b>16) 喫煙</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ 本/1日)	<b>17) 睡眠時間</b> 平均 約 _____ 時間/日
<b>18) 当院をどちらで知りましたか？ (数字に○印)</b> ①看板    ②当院 HP    ③ちらし ④ご紹介・うわさ話 (ご紹介者のお名前 _____)    ⑤クチコミサイトやBBS    ⑥その他	

**19) 治療にあたり、事前に伝えておきたいこと、心配なこと、ご質問があればお書きください。**