

ID：　　　　　PASS：

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。

お名前漢字とふりがなをご記入ください　生年月日　西暦    年  月  日（   歳）性別

現住所　〒郵便番号　現住所をご記入ください

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）

|  |
| --- |
| **１）どうされましたか？　印をつけてください。**[ ] 虫歯 [ ] 詰め物が取れた [ ] 歯肉が腫れた、血が出る [ ] 噛むと痛いところがある[ ] 入れ歯が合わない・作りたい　　[ ] 歯並び [ ] 歯石を取りたい　[ ] クリーニング（着色など）[ ] ブリーチング（ホワイトニング）[ ] インプラント [ ] その他（記入欄です） |
| **２）どのような症状がいつから出ていますか？**［時期：     症状：     ］ |
| **３）以前、歯科にかかっていたのはいつ頃ですか？**　　     ヶ月前ごろ |
| **４）歯科治療を受けて、異常や違和感はうけたことは？** [ ] なし　[ ] あり（症状：     ） |
| **５）現在、病気やケガで通院中ですか？（他の歯科も含めて）**　　[ ] いいえ　　　　[ ] はい |
| **６）現在、服用している薬はありますか？** [ ] いいえ [ ] はい（薬名：     ） |
| **７）次の病気にかかったことがありますか？**[ ] 心臓病 [ ] 脳梗塞 [ ] 糖尿病 [ ] 高血圧 [ ] 癌 [ ] 肝硬変（　　　型肝炎）[ ] 腎臓病 [ ] HIV [ ] 神経症 [ ] アレルギー鼻炎、皮膚炎 [ ] 喘息[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） [ ] なし |
| **８）薬などアレルギーは？（ピアスなどの金属アレルギー含む）**[ ] ない　[ ] ある（アレルギーの内容） |
| **９）過去、手術､大きなケガ､入院をしたことがありますか？**[ ] いいえ [ ] はい（傷病の内容） |
| **10）現在、妊娠していますか？** [ ] はい（第     週目）　　[ ] いいえ　　[ ] 可能性あり　　　　**又は授乳中ですか？**[ ] 授乳中　　[ ] 授乳していない |
| **11）治療範囲について** [ ] 今回のところだけでいい [ ] 他の要治療のところもすべて治したい |
| **12）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）**[ ] 治療費を安く　　　　　　[ ] 見た目に違和感がないこと　　[ ] 歯の健康を長く維持すること[ ] 治療期間を短くしたい　　[ ] 治療の痛みを減らしたい　　　[ ] その他（     ） |
| **13）食生活習慣について** ・習慣的飲料物 [ ] なし [ ] あり（     ） ・間食の取り方 [ ] 不規則 　[ ] 規則正しい 　[ ] あまりしない |
| **14）お口の手入れについて** ・ハミガキをするのは [ ] 起床後　[ ] 朝食後　[ ] 昼食後　[ ] 夕食後　[ ] 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 [ ] フロス [ ] 歯間ブラシ [ ] その他（     ）　[ ] なし |
| **15）喫煙** [ ] なし [ ] あり（     本／1日） | **16）睡眠時間** 平均 約     時間/日 |
| **17）当院をどちらで知りましたか？**[ ] 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（     ） |

**18）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。**

※問診表やカルテに記載される個人情報は、院外に漏出することはありません