



# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			男女	大正	昭和	平成	年	月	日	( 歳)
お名前										
ご住所	〒		自宅電話							
			携帯電話							
			Email							
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	午前・午後		時間			

お手数ですが該当する箇所に☑チェックをつけてお答えください


### 1、当院を知ったきっかけは何ですか？

- 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
- 女性の歯科医師がいるから
- その他( )

### 3、最近歯の治療を受けたことがありますか


- ない(今日が全く初めて)
- ある( か月くらい前)( 年くらい前)

### 2、どうなさいましたか？

- 治療で 
- 詳しく教えてください
- 歯が痛い  虫歯がある
  - 詰め物、かぶせ物、さし歯が取れた
  - 歯茎から血が出たり、痛くなったり、腫れたりする
  - 入れ歯の具合が悪い
  - 歯の抜けている所を治療したい
  - あごの関節が痛い
  - その他( )

### 4、現在のお身体の状態は？


- 他院(内科、外科等)に通院している  
病院名: ( か月) 出産予定日 ( 年 月)
- 他院(内科、外科等)に通院していない  
病院名: ( 年 月)
- 妊娠中である
- 授乳中である
- 投薬中である  
薬剤名:
- 薬を飲んでいない

- 予防で 
- 詳しく教えてください
- 検診をしてほしい  歯石を取ってほしい
  - フッ素塗布をしてほしい  口臭が気になる
  - 虫歯になる原因の検査をしてほしい (虫歯リスク診断) 別途500円
  - ホワイトニングをしてほしい
  - その他( )

### 5、過去または現在に内科的な病気はありますか？

- ない  心臓病  高血圧  血液疾患
- 胃腸炎  腎臓病  糖尿病  肝臓病
- ウイルス性肝炎(A型・B型・C型)
- ぜんそく  外科的手術  輸血
- エイズなどの感染症
- その他( )

### 6、アレルギーはありますか？

- ない
- ある  詳しく教えてください
  - 薬物アレルギー( )
  - 金属アレルギー( )
  - 食物アレルギー( )

\* 治療でお答えの方へ、その症状はいつからですか？  
 今日  ( )日前から  その他( )

7、麻酔をしたことはありますか？

- ない
- ある 詳しく教えてください
  - 痛かった
  - 貧血あるいはショックを起こした
  - 効きにくかった

10、間食はしますか？

- いいえ
- はい いつ、どれくらいですか？
  - だいたい決まった時間に食べる
  - 時間を決めずだらだら食べる

8、喫煙はしますか？

- しない
- する(1日  本)

11、今後の治療について

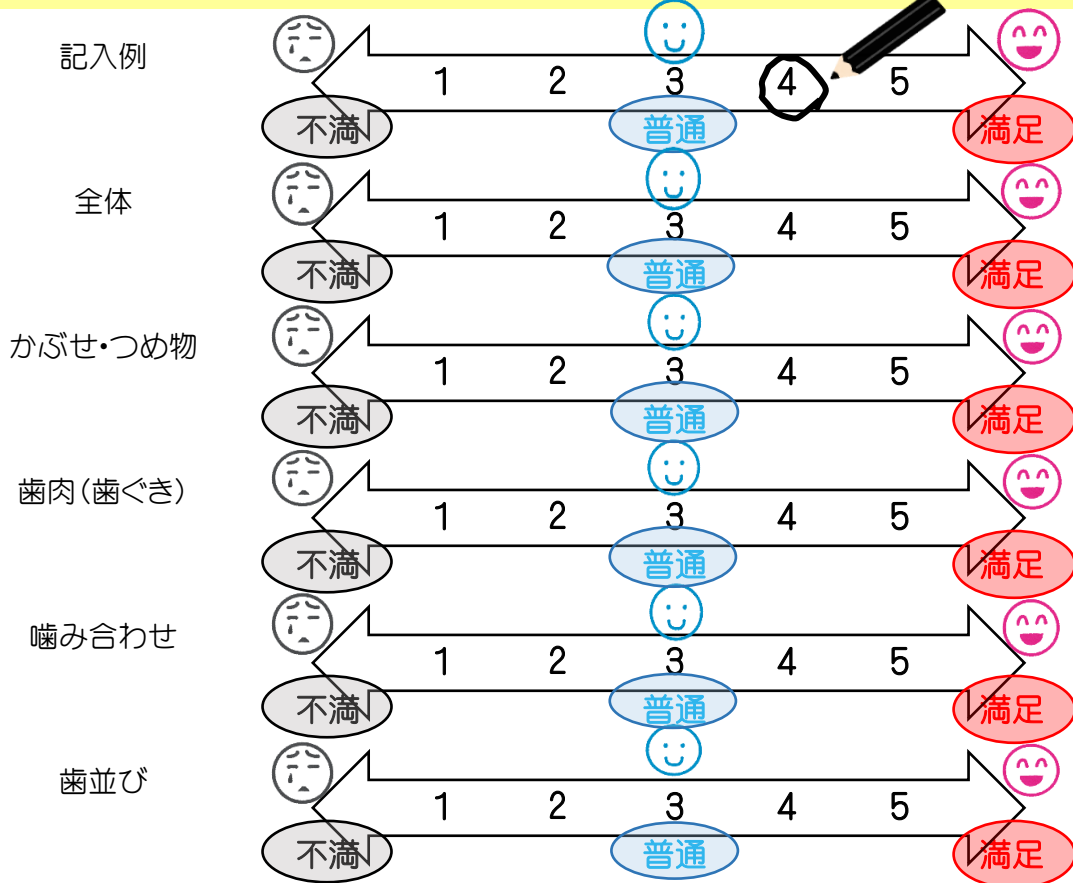
- 悪い所は全部治したい
- 痛い所だけ治したい
- 見た目が美しい歯を希望する
- 体に負担の少ないかぶせものを希望する
- その他、ご希望がございましたら教えてください

9、歯磨きについて\*当てはまる所に○をつけてください

	朝食前	朝食後	昼食後	夕食後	寝る前
歯磨き粉を使って 歯ブラシで磨く					
歯磨き粉を使わない で歯ブラシで磨く					
フロス・歯間ブラシ・ タフトなどを使う					



最後にあなたのお口の満足度を教えてください



ご記入ありがとうございました。

\*この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を厳守することを申し添えます。よしだ歯科クリニック院長 吉田由子