

# 歯科問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

受付日

年

月

日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	S・H・R	年	月 日
現住所	〒 _____				
連絡先	自宅	携帯	職業		
電話番号					

〔1〕 いかがされましたか？（複数回答可）

歯が痛い（軽く < かなり < 耐えられない程）歯がしみる（冷 温）  
歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた 詰め物・被せ物が取れた 虫歯がある  
義歯の調子が悪い 顎の調子が悪い 歯並びが気になる  
歯石除去希望 ホワイトニング希望 フッ素塗布希望  
全体の検診希望 治療について相談希望  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

〔2〕 部位はどこですか？

	左上	前上	右上
	左下	前下	右下

〔3〕 その症状はいつからですか？ ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) カ月前

〔4〕 最後に歯科に通院したのはいつですか？ ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) カ月前 ( ) 年前  
覚えていない 歯科医院での治療は初めて

〔5〕 通院中・治療中の病気はありますか？ ない  
高血圧 糖尿病 脳血管疾患 心臓疾患 喘息 肝臓病、肝炎（B型 C型）  
骨粗鬆症アレルギー（ \_\_\_\_\_ ） その他（ \_\_\_\_\_ ）

〔6〕 現在服用中のお薬はありますか？  
ない ある（お薬おくすり手帳 ある ない あるが持ってきていない）  
 服用中の薬剤がある方で、お薬手帳の無い方はお薬の名前を教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )

〔7〕 インプラントをされていますか？ はい いいえ

〔8〕 歯磨きはいつしますか？ 起床後 食後（朝・昼・夕） 就寝前 1回 ( ) 分  
 歯ブラシ以外の清掃器具は？ フロス 歯間ブラシ その他（ \_\_\_\_\_ ）

〔9〕 喫煙されますか？ はい（ \_\_\_\_\_ 本/日） いいえ 禁煙した（ \_\_\_\_\_ 年前）

〔10〕 麻酔や抜歯など歯科治療中に具合が悪くなったことがあれば教えてください。  
ない 血が止まりにくかった 気分が悪くなった 麻酔が効きにくかった  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

〔11〕（女性の方へ）妊娠中または授乳中ですか？  
いいえ 妊娠中（ \_\_\_\_\_ 週 予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日） 妊娠の可能性あり 授乳中

〔12〕 治療のご希望を教えてください。（複数回答可）  
悪いところは全部治療したい 痛いところだけ、希望するところだけ治したい  
できるだけ保険を使った治療を希望 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けたい

〔13〕 ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。（複数回答可）  
家族・知人の勧め（ \_\_\_\_\_ 様） 自宅・職場に近いホームページその他（ \_\_\_\_\_ ）

〔14〕 当院へのご要望がありましたら教えてください。  
 ( \_\_\_\_\_ )