

# 問診表

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男 女	愛称（お子様の場合）	生年月日 大・昭・平 年 月 日（才） 学年（ ）
ご住所 〒		電話番号	自宅 携帯 その他 ※日中連絡つきやすい番号に○をつけて下さい。
勤務先・ご職業			

★次からの質問は診療をするための大切な資料です。個人情報保護法を遵守いたします。医療情報ですので正確に記入して下さい。

## 1. 症状についての質問です

①本日はどうなさいましたか？（複数回答可）

- ムシ歯の治療をしたい ●痛みがある ●腫れた
- 入れ歯を入れたい ●口臭が気になる
- 歯石を取りたい ●歯並びを治したい
- 口の中の検診 ●つめ物・かぶせ物が外れた
- その他（ ）

②どのような症状ですか？

- 何もしてなくても痛い・違和感がある
- 痛みがでたり、ひいたりする ●かむと痛い
- しみる（冷たい・熱い） ●腫れがある

③どこに症状がありますか？

右上奥歯	上前歯	左上奥歯	その他(例:歯ぐき等)
右下奥歯	下前歯	左下奥歯	( )

④いつから症状がありますか？（例：○日前から）

## 2. 歯を抜いたり麻酔をしたりした事はありますか？

- なし
- あり→何か異常はありましたか？

（例：気分が悪くなった。血が止まりにくかった）

## 3. ご自身（お子様）の健康状態についての質問です

①過去に大きな病気になった事がありますか？

- なし ●ある
- （病名  
現在の治療は？）

②薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？

- なし ●あり
- （どういったアレルギーか）

③内科的病気はありますか？

- なし
  - あり
- 心臓病・肝炎\_\_\_\_型・腎臓病・潰瘍  
高血圧（最高 mmHg／最低 mmHg）  
糖尿病（HbA1c 血糖 ）  
ぜんそく・結核・血友病・脳卒中・不整脈  
副腎皮質機能障害・てんかん・甲状腺機能障害  
自律神経失調症・リウマチ・耳鼻疾患・H I V  
その他（ ）

④他に通院している病院はありますか？

- なし
  - あり
- （病院名 / 科）

⑤最後に歯科治療をしたのはいつ頃ですか？

（例：はじめて、○ヶ月前）

⑥現在飲んでいる薬はありますか？

●なし ●あり ( )

⑦タバコを吸いますか？

●吸う (1日 本) ●吸わない  
●以前吸っていた

⑧女性の方に

●生理中 ●妊娠 ( カ月) ●授乳中

#### 4. 治療についての質問です

①診療の希望について

●保険内 ●自費治療 ●保険内外相談して決めたい

②希望予約時間について

● 曜日 時頃がよい ●いつでも  
●都合の悪い曜日・時間帯 ( )

③期間について

● 頃までに終了したい (理由 )  
例：〇月頃まで等

④どこまで治療を希望しますか？

●悪い所は全て ●症状のある所のみ  
●歯並び (矯正) ●クリーニングのみ (予防処置)  
●フッ素

#### 5. 治療するのがお子様の場合

①治療中動いてしまうとかげの原因につながります。

●押さえてでも治療してほしい  
●無理にはしないでほしい

②仕上げ磨きを行っていますか？

●いいえ ●はい (どなたが？ )

③矯正について興味はありますか？

●なし ●あり

6. 当院を何で知りましたか？

●紹介 (どなたから )  
●自医院HP ●他の紹介HP  
●近くを通過  
●家・仕事場・学校から近い

7. その他、質問・ご要望・伝えておきたい  
事があれば記入して下さい。

記入者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

ご協力ありがとうございました。

