

問診表

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男 女	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内科的の病気はありますか？

- 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

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。

4. 治療についての質問です

①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 ()

②期間について

● 頃までに終了したい (理由)
例：〇月頃まで等

③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

記入者署名 (続柄)

ご協力ありがとうございました。

5. お口の中のお手入れについて

①歯磨きする時間はいつですか？

●起床後 ●食後 (朝・昼・夜) ●就寝前

②1回の時間はどれくらいですか？

● () 分くらい

③歯ブラシ以外で使用している清掃用具はありますか？

●歯間ブラシ・フロス ●フッ素洗口剤
●その他 ()

