

歯科問診票

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

[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
 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
 義歯の調子が悪い 顎の調子が悪い 歯並びが気になる クリーニング希望
 市の健診希望 事業所健診希望 フッ素塗布希望 治療について相談希望
 その他（ _____ ）

[2] 部位はどこですか？（ _____ ）

[3] その症状はいつからですか？（ _____ ）日前（ _____ ）週間前（ _____ ）ヶ月前

[4] 最後に歯科に通院したのはいつですか？

- 当院 他院（ _____ 歯科）で（ _____ ）日前（ _____ ）週間前（ _____ ）ヶ月前（ _____ ）年前
 歯科は初めて

[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] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない ある（お薬手帳 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] 喫煙されますか？ はい（ _____ 本/日） いいえ 禁煙した（ _____ 年前）

[8] 歯科治療および生活の中で気になることがあれば教えてください。

- ① けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ はい いいえ
 ② 歯科治療中に異変が起きたことはありますか？ はい 可能性・疑いあり いいえ
 ③ 妊娠中ですか？ はい（ _____ 週） 可能性・疑いあり いいえ
 ④ 授乳中ですか？ はい いいえ

[9] 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

[10] 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）

- 家族の勧め 友人・知人の勧め よろしければお名前を教えてください（ _____ 様）
 自宅・職場に近い 雰囲気が良いと聞いて ホームページ その他（ _____ ）

[11] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

（ _____ ）

保護者の方が代筆された場合 _____ ご本人との続柄（ _____ ） お名前（ _____ ）

以上で問診は終了です。ありがとうございました。