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	様		男・女	S・H・R　年　月　日
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（☐冷　☐温）

☐ 歯ぐきから血が出る　☐ 歯ぐきが腫れた　☐ 歯がぐらぐらする　☐ 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　☐ 治療の続き（転院）

☐ 歯石除去　☐ 着色除去（自費）　☐ ホワイトニング（自費）

☐ 市の健診　☐ 診療所型歯科健診　☐ 全体の検診

☐ 治療相談（セカンドオピニオン含む）　☐ 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（　　）ヶ月前

［4］ 最後に歯科に通院したのはいつですか？（　　）日前（　　）週間前（　　）ヶ月前（　　）年前

☐ 覚えていない（５年以上前）

［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（お薬手帳　☐ ある　☐ない　☐ あるが持ってきていない）

お薬手帳の無い方は、おわかりになる範囲でお薬の名前を教えてください。

（　　）

［7］ 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ありますか？　☐フロス　☐歯間ブラシ　☐その他（　　）

［8］ 喫煙されますか？　☐はい（　　本/日）　☐いいえ　☐禁煙した（　　年前）

［9］ 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（　　）

[10]（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

[11] 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

[12]（マイナ保険証で受付された方へ）診療情報取得に同意されますか？　☐ はい　☐ いいえ

[13] ご紹介で受診された場合、よろしければお名前を教えてください。

☐ご家族　☐お知り合い（　　様）

[14] ご要望がありましたら教えてください。

（　　）