



初診日 令和 年 月 日

問 診 表

/	/	/
---	---	---

(フリガナ)		生年月日	
氏 名		西暦 年 月 日 (歳)	
		性別 男性・女性	血液型 型
住 所 〒 -		電 話 ()	
		携 帯 ()	
ご職業 ☐ 公務員 ☐ 自営業 ☐ 会社役員 ☐ 会社員 ☐ 医療関係 () ☐ パート/アルバイト ☐ 学生 ☐ 主婦 ☐ 無職 ☐ その他 ()			
当院をお知りになったきっかけ ☐ ホームページ・インターネット ☐ 職場が近所 ☐ 家が近所 ☐ 看板 ☐ 友人や家族から聞いた (紹介者:) ☐ その他 ()			

1. ご来院された主な理由について、あてはまるものすべてに☑をつけてください。

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 歯が痛い・しみる | ☐ 歯が欠けた・折れた | ☐ 歯がグラグラする |
| ☐ 虫歯をなおしたい | ☐ 物が噛めない | ☐ 詰め物が外れた・割れた |
| ☐ 歯ぐきが痛い・腫れた・出血 | ☐ 口臭が気になる | ☐ 歯石をとりたい |
| ☐ 入れ歯の不具合 | ☐ 定期検診をしたい | ☐ アゴが痛い・音になる |
| ☐ 歯並びが気になる (矯正) | ☐ 歯を白くしたい | ☐ インプラントをしたい |
| ☐ 相談したい _____ について | ☐ その他 _____ | |

2. 痛みなどの症状がある方はいつごろからありますか？

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ 直近 | ☐ 今週 | ☐ 今月 | ☐ 数ヶ月前 | ☐ 去年 | ☐ 去年より前 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

3. 歯を抜いたことがありますか？

- | | |
|--|-----------------------------|
| ☐ ある (か月前 / 年前) | ☐ ない |
|--|-----------------------------|



抜いたことがある方 その時に異常はありましたか？

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 気分が悪くなった | ☐ 血が止まりにくかった | ☐ 麻酔が効きにくかった |
| ☐ その他 _____ | | |

※裏面もご記入ください

4. アレルギーはありますか？（食べ物・薬・花粉・金属・ラテックスなど）

☐ ある（内容：_____） ☐ ない

5. いままでにかった病気、または現在かかっている病気はありますか？

☐ 糖尿病（現在の数値：_____ HbA1c） ☐ 肝炎（A型・B型・C型）

☐ 高血圧（現在の数値：_____ / _____ mmHg） ☐ 脳梗塞

☐ 甲状腺疾患 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病

☐ ガン（部位：_____） ☐ 骨粗鬆症

☐ その他 _____

6. 現在かかりつけの病院（医科・歯科）はありますか？

☐ ある（病院名：_____） ☐ ない

7. 現在服用しているお薬はありますか？

☐ ある（薬名：_____） ☐ ない

※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出お願いします。

8. 喫煙はしていますか？（加熱式・電子タバコを含む）

☐ はい（喫煙歴：_____ 年） ☐ いいえ ☐ 過去に吸っていた

9. 一日に歯を何回磨きますか？

一日 _____ 回（朝・昼・晩・寝る前）

10. 女性の方にお聞きします。現在 妊娠中・授乳中 ですか？

☐ はい（_____ か月） ☐ 妊娠の可能性ある ☐ いいえ

☐ 授乳中（出産後 _____ か月）

11. どのような治療をお望みですか？（あてはまるものすべてに☑をつけてください。）

☐ 今回の部位の治療のみで、その他の部位の説明はらない。

☐ 時間や費用はかかっても、自分に最も適した治療を受けたい。

☐ なるべく保険の範囲で、保険のきかない箇所は自費でも構わない。

☐ 治療時間や、期間に希望がある。

☐ 毎回治療ごとに内容について詳しく説明を受けたい。

☐ その他の希望 _____