問　診　表

メリー歯科

20　　年　　月　　日

※問診表やカルテに記載される個人情報は、院外に漏出することはありません

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大 平 昭 令　　年　　月　　日（　　）歳	
氏名					
住所	〒	自宅番号	-　　-	携帯番号	-　　-
		※早くご案内できる場合などこちらからお電話することがございます 電話希望　する ・ しない ・ その他（　　）			
メール アドレス	@			※変更又は予約確認メールを希望する方はご記入ください	

1）どうされましたか？　印をつけてください。

□虫歯　□詰め物が取れた　□歯肉が腫れた、血が出る　□噛むと痛いところがある　□入れ歯が合わない・作りたい
□歯並び　□歯石を取りたい　□ホワイトニング　□インプラント
□その他（　　）

2）いつからどのような症状が出ていますか？

時期（　　）　症状（　　）

3）以前、歯科にかかっていたのはいつ頃ですか？　（　　）頃

4）歯科治療の際、麻酔を使用したことはありますか？　□なし　□あり

5）歯科治療を受けて、異常や違和感はうけたことは？　□なし　□あり（　　）

6）現在、病気やケガで通院中ですか？（他の歯科も含めて）　□いいえ　□はい（詳細：　　）

7）現在、服用している薬はありますか？　□なし　□あり（薬名：　　）

※薬の飲み合わせで問題がでますので処方・服用されている薬は必ずご記入ください

8）次の病気にかかったことがありますか？　□なし

□高血圧　□糖尿病　□骨粗鬆症　□心臓病（ペースメーカー　有 ・ 無 ）　□肝硬変（　　型肝炎）　□（　　）癌
□腎臓病　□HIV　□神経症　□喘息　□脳梗塞　□その他（　　）

9）薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは？　□なし　□あり（　　）

10）過去に手術、大きな怪我、入院したことがありますか？　□いいえ　□はい（　　頃　　で ）

11）現在、妊娠していますか？　□はい（第　　週目）　□いいえ　□可能性あり
又は授乳中ですか？　□授乳中　□授乳していない

12）治療範囲について □他の要治療のところもすべて治したい □お口の中を見てもらってから決めたい □今回のところだけでいい

13）治療で優先したいご希望に印をつけてください（いくつでも可）

□歯の健康を長く維持すること　□見た目に違和感がないこと　□治療費を安く　□治療期間を短くしたい
□治療の痛みを減らしたい　□その他（　　）

14）食生活習慣について

・習慣的飲料物　□なし　□あり（　　）　・間食の取り方　□不規則　□規則正しい　□あまりしない

15）お口の手入れについて

・ハミガキをするのは　□起床後　□朝食後　□昼食後　□夕食後　□就寝前　／　・ハミガキ一回の時間は（　　）分くらい
・歯ブラシ以外のデンタルケアは　□フロス　□歯間ブラシ　□デンタルリンス　□その他（　　）　□なし

16）喫煙　□なし　□あり（　　本／1日）　**17）睡眠時間**　平均 約（　　）時間/日

18）当院をどちらで知りましたか？（数字に〇印）

①看板　②当院HP　③ちらし　④ご紹介・うわさ話（ご紹介者のお名前　　）　⑤クチコミサイトやBBS　⑥その他

19）治療に関し、患部の状態を記録するために、術前・術後のお写真を撮影することがあります。
そこで撮影した写真を、個人が特定できないようにして、学術資料および広報資料として使用させて頂くことがあります。

□協力できる　□協力できない

20）治療にあたり、事前に伝えておきたいこと、心配なこと、ご質問があればお書きください。