



問診票



※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

2025年 月 日

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	-
メールアドレス	@	※ネット予約又は予約確認メールを希望する方はご記入ください			
マイナ保険証による診療情報取得に同意 (した・しない)		他医院の紹介状が(ある・ない)		この1年間に特定健診(国の行うメタボ予防検診)または高齢者検診をしたことが(ある・ない)	

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) 前回の歯科受診は () 頃 受診し、現在は通院していない 現在も他院に通院中 歯科受診は今回が初めて

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、処方・服用している薬はありますか？ なし あり (薬名・服用期間:)

※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

7) 過去および現在の大きな病気・怪我・手術を教えてください 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 その他の大きな病気・怪我()

病気・怪我・手術の時期() 主な治療内容() 現在の状態()

8) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは？ なし あり()

9) 妊娠または授乳をしていますか？ 該当しない 妊娠中(第 週目) 妊娠可能性あり 授乳中

10) 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

11) 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()

12) 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

13) 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

14) 喫煙 なし あり (本数は 本/1日) 15) 睡眠時間 平均約() 時間/日

16) 当院をどちらで知りましたか？(数字に○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

17) 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

18) 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。