



# 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。