



問 診 票



メリー歯科

※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： ☐ なし(治療経験なし) ☐ 他院で 約 () 年前 / 月頃 ☐ 現在も他院に通院中(前回施術は 月 日)

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。