

# 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな  
お名前

勤務先／学校名

〒  
ご住所

電話番号 ( ) -

予約の変更等でお電話にてご連絡させていただく場合がございます。  
ご連絡させていただいてよろしい電話番号をご記入ください

ご連絡させていただく電話番号  
( ) -

受診にあたり、今後の診療の参考にさせていただきますので、以下の質問にご回答をお願いいたします

どこにどのような問題がありますか？

## A. 歯、つめ物、かぶせ物

1. 痛い
2. 穴が開いている
3. かけた
4. とれた
5. しみる

## C. 入れ歯

1. 壊れた
2. あたって痛い
3. 噛みにくい
4. はずれやすい

## E. 舌、頬の粘膜

1. 痛い
2. できものがある
3. 口内炎のようなものがある

## B. 歯ぐき

1. 痛い
2. 腫れた
3. 血が出る
4. 口内炎のようなものがある

## D. あごの関節

1. 痛い
2. 口が開かない
3. 音がする
4. ガクガクする

## F. その他

1. 口臭
2. 歯石をとりたい
3. 検診希望
4. 歯並びが気になる
5. 歯の色が気になる
6. むし歯予防の処置を受けたい

痛みのある場合やしみる場合、どのような痛みがありますか？

- ・何もしなくても痛む
- ・少し痛む
- ・冷たいものがしみる
- ・その他
- ・咬んだり、ものがあたると痛む
- ・今は痛くないが、以前痛かった
- ・温かいものがしみる

歯に痛みのある場合やしみる場合、どの部位ですか？

左上	上前	右上
左下	下前	右下

・わからない

・全体

今までの歯科治療の経験についてお伺いします

歯の治療で麻酔をしたことがありますか はい・いいえ

麻酔をした時、気分が悪くなったり、その他何か異常がありましたか？ はい・いいえ

歯を抜いて血が止まりにくかった経験がありますか？ はい・いいえ

裏面にもご記入ください

全身の状態を把握し、安全な診療を行うために、以下の質問にご回答ください。

今までに、以下に関係する病気・治療をされたことがありますか？

- ・心臓病
- ・高血圧・低血圧(血圧 / )
- ・肝臓病
- ・糖尿病
- ・肝炎(A型・B型・C型・その他)
- ・腎臓病
- ・胃腸病
- ・呼吸器疾患・ぜんそく
- ・鼻の病気・蓄膿症
- ・目の病気
- ・耳の病気
- ・脳の病気
- ・放射線治療
- ・ストレス性の病気
- ・その他

上記の病気で、現在も通院されている方は、病医院名などをご記入ください。

病院名

病名

今現在、使用されているお薬はありますか？ はい・いいえ

ある(薬品名: )

お薬・食べ物・金属にアレルギーはありますか？ はい・いいえ

どのようなアレルギーですか？( )

妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

母乳を授乳中ですか？ はい・いいえ

現在のお体の調子はいかがですか？ ・良好 ・少し悪い ・不良

診療についてのご希望は？

1. 今症状のあるところだけを治療したい
2. 他にも治療の必要なところがあれば教えてほしい
3. 保険外の治療方法があれば知りたい
4. その他( )

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

1. ご紹介(ご紹介者のお名前: )
2. 医院の看板を見て
3. お住まい、学校、職場が近い
4. タウンページを見て
5. インターネットで調べて  
( \* □PCで、□スマホで、 \* □Yahoo!、□Google、□口コミサイト、□その他( ) )
6. その他( )

通院の交通機関は何ですか？

・徒歩 ・車 ・自転車 ・バイク ・バス ・タクシー ・その他( )

ご予約をされる際にご都合のよい曜日や時間帯、その他ご希望があればご記入ください。

[ ]