

# 問診票

患者様お一人毎に、最適な治療を提供するために、以下の問診票の記入をお願い致します。  
記入に際し、お手伝いが必要でしたら遠慮なくお申し付けください。

※問診票は2枚あります。

フリガナ		性別	生年月日
氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
ご住所	〒		ご職業
TEL ( ) ↑ご自宅・勤務先	通院しやすい曜日	月・火・水・木・金・土	
携帯TEL ( )	通院しやすい時間帯	午前・午後 時頃	

## ① 本日は、どうなさいましたか？

★以下の該当するものすべてにチェックをお願い致します

- 虫歯がある  歯が痛い・しみる  歯が欠けた  
 歯がグラグラする  歯肉が痛い・腫れた  口臭が気になる  歯石をとりたい  
 金属の詰め物・かぶせ物を白くしたい  詰め物・かぶせものがとれた  
 入れ歯の調子が悪い  入れ歯を新しく作りたい  
 インプラントに興味がある  歯の無い部分を治したい  顎が痛い・口が開きづらい  
 全体的な検査をしてほしい  歯並びが気になる  ホワイトニングに興味がある  
 その他 ( )

## ② 初診時の検査・治療方針について、ご希望の内容を○でお選びください

★初診時の検査について

- A. 一般的な検査は一通り行う→お悩みの箇所以外の問題点やお口の中全体のこともわかります  
B. 最低限の検査のみ行う→お口の中全体のことはわからず、診断の精度もやや劣ります  
C. わからないので、おまかせしたい

★治療方針について

- A. 保険診療の範囲内に限定して治療方針を提案して欲しい  
B. 保険診療・自由診療含め、その都度治療方針を提案して欲しい  
C. 常に自分の口腔内にとって最善と思われる治療方針を提案して欲しい

引き続き、2枚目の記入をお願い致します。

### ③ 現在のお身体の状態についてお聞かせください

★今の健康状態はいかがでしょう？

良い  普通  良くない  通院中  妊娠中（ 月）  授乳中

★これまでにかかったことのある病気にチェックをお願い致します

肝炎（A型、B型、C型、アルコール性、その他）  HIV（エイズ）  腎臓病

糖尿病（HbA1cの数値： ）  高血圧  低血圧  貧血）

心臓病（病名 ）ペースメーカー 有・無  アレルギー（ ）

脳梗塞  ガン  てんかん  骨粗鬆症  その他（ ）

※歯科治療を行う際に、非常に大切な情報です。正確にお答えください  
また、お薬手帳をお持ちの方は、後ほど確認させていただきます

### ④ これまでの歯科治療において、お身体に問題が起きたことはありますか？

ない

ある（気分が悪くなった・血が止まらなかった・気を失った・麻酔が効かなかった）  
その他（ ）

### ⑤ 生活習慣等についてお聞かせください

★おタバコは吸われますか？  はい（1日約 本）  いいえ

★歯磨きは1日何回行っていますか？ 平均（ ）回

★夜間の歯ぎしり等を自覚または指摘されたことがありますか？  はい  いいえ

### ⑥ 当院をお選びになった理由を教えてください ※該当するもの全てに○

A. 自宅・職場が近くて便利だから B. 通りがかって C. ネットで検索して

D. 家族・知人の紹介 E. 良いという評判を聞いて

G. その他（ ）

当院では、LINEによる『次回予約日時のお知らせサービス』を無料で行っています。

「うっかり予約日時を忘れてしまった」というようなことが極力無いように是非、LINEのご登録をお願い致します。登録は極めて簡単です！！

なお、予約日時のお知らせ以外の情報配信等はありませんので、ご安心ください。



LINEでのお知らせを希望する

予約日時お知らせサービスを希望しない

問診票の記入、ありがとうございました。

いただいた情報は、個人情報保護法に基づき 遵守致します。

