

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
- 歯肉から出血する 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 舌・頬の粘膜が気になる
- 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

症状等について具体的にお書きください

② 初診時の検査について、ご希望の方針を1つ〇でお選びください

- 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

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 ） ぜんそく 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. 駅の看板を見て
D. 家族・知人の紹介 E. ホームページを見て F. 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ございませんので、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。

