



問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	血液型	型
お名前						
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				
		Email	@			
勤務先(学校)		職業		勤務先電話		
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> 勤務先電話	午前/午後 時頃

お手数ですが該当する箇所に☑チェックをつけてお答えください。

当院を知ったきっかけ

医院を直接見て(看板など)

知人・家族の紹介(様)

インターネット・ホームページ

チラシなど

その他()

次の病気にかかったことはありますか？

心臓疾患 脳神経疾患 血液疾患 糖尿病

甲状腺疾患 肝炎(A・B・C・他()) ちくのう症

高血圧(/) リウマチ

低血圧・貧血 骨粗しょう症 ぜんそく

その他(病名:)

ない

どうなさいましたか？

痛みがある (歯・ 歯ぐき・ あご・ その他())

つめもの・差し歯がとれた しみるところがある

歯がグラグラする・血が出る 歯の清掃をしたい

入れ歯 (合わない・ 痛い・ 作りたい)

検査してほしい 歯を白くしたい

その他(具体的にご記入ください)

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

血が止まらなかった 腫れた

熱が出た 気分が悪くなった

麻酔が効きにくかった アレルギーが出た

その他(具体的に:)

ない

どのあたりですか？

右上	上前	左上
右下	下前	左下

いつからですか？

今日 () 日前から

現在は痛みはない その他()

現在、通院中の病院はありますか？ また、お薬は飲んでいますか？

ある (病名:)

(医院名:)

(お薬の名前:)

ない

生活習慣について

①喫煙 無 有(本/日) () 年前にやめた

②よく飲むものは お茶 コーヒー 炭酸飲料・ジュース

③間食は しない 規則正しい 不規則

④睡眠時間は (約 時間)

薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

ある ()

ない

今の健康状態は？

普通・良好 不良()

歯磨きについて

①いつ磨きますか？

朝 昼 夜 磨かない日もある 磨かない

1日()回 (歯ブラシ フロス 歯間ブラシ)

②1回の歯磨きの時間はどれくらいですか？ (約 分)

③歯磨きの方法を教わったことがありますか？

歯科医院で 学校で 職場で ない

妊娠に関して(女性のみ)

妊娠中(週) 妊娠の可能性がある

不妊治療中 授乳中

妊娠していない

治療方法について

悪いところは全て治したい

今、痛むところだけ治療したい 応相談

治療費について

なるべく保険で

最も良い方法で(自費) 相談して決めたい

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入ください。

ご署名