

問診票

受付年月日： 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年	月	日
お名前		年齢		性別	
ご住所		電話番号			
		携帯電話			
1. 今日はどうされましたか？	・虫歯の治療がしたい ・歯がしみる ・入れ歯を作りたい ・入れ歯が合わない ・歯が欠けた ・歯肉が腫れた ・歯石を取りたい ・詰め物が取れた ・顎関節が痛む ・その他 ()				
2. どこが痛いですか？	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ()				
3. いつから痛みますか？	・ 月 日頃から ・その他 ()				
4. どんな痛み方ですか？	・ずきずき痛い ・常に痛い ・噛んだ時に痛む ・痛んだりやんだり ・冷たいものがしみる ・夜になると痛む ・甘いもので痛む ・熱いものがしみる ・物がはさまって痛む				
5. 口の中に麻酔や歯を抜いたりして気分が悪くなったことはありますか？	・ない ・ある				
6. 現在飲んでいる薬はありますか？	・ない ・ある (薬名:) ※お薬手帳を見せてください				
7. 薬の副作用やアレルギー	・ない ・ある (薬名:)				
8. ご希望の治療方法	・保険の適用範囲で治療したい ・保険適用外は自費でも可 ・最もいい材料と方法で治療したい ・その他 ()				
9. 全身の状態	・糖尿病 ・高血圧症 ・呼吸器疾患 ・心血管疾患 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・心筋梗塞 ・骨粗鬆症 ・心療内科 ・認知症 ・その他 ()				
10. 一日の歯磨きの回数	回				
11. 歯磨きをいつしていますか？	・朝食後 ・昼食後 ・夕食後 ・就寝前 ・その他()				

二枚目に続きます ↓

12. 習慣的に飲む物は何ですか	・炭酸飲料 ・ジュース ・お茶 ・コーヒー ・その他
13. 間食はされますか？	・なし ・あり
14. 口腔内の清掃用具は何をご使用 ですか？	・歯ブラシ ・フロス ・歯間ブラシ ・なし
15. タバコは吸いますか？	・吸わない ・吸う ・過去に吸っていた
16. 睡眠時間は十分ですか？	・十分とっている ・やや不足 ・悪い
17. 歯磨き方法を習ったことは？	・ある ・ない
18. 妊娠の有無(※女性の方)	・なし ・あり(妊娠 力月) ・可能性あり(未確認)
19. 来院となったきっかけ	・看板/建物 ・HP ・インターネット検索
20.どんな風に紹介されましたか？ (紹介者がいる方のみ)	紹介者名()
20.歯医者さんに期待すること	

ご協力ありがとうございました。

診察券 No. _____