


歯科問診票

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えております。
下記の質問への回答をお願いいたします。(複数回答可)

| | | | |
|-------|---------|-------|------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | T・S・H 年 月 日 歳 |
| 現住所 | 〒 _____ | 電話番号 | |
| | | _____ | |
| | | 携帯電話 | |
| _____ | | _____ | |

予約お知らせ受け取り方法**いずれかを選択**してください

※予約日1週間前と前日にお知らせメッセージが届きます

| | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> LINE | <input type="checkbox"/> 初めて登録 → LINEアプリより友達追加でQRコード読み取り |  | <input type="checkbox"/> 友だち追加 → トーク医院番号67送信 | この画面のままお待ちください |
| | <input type="checkbox"/> すでに同じ携帯番号で家族の登録あり → 家族氏名 () 生年月日 () | | | |
| <input type="checkbox"/> メール | アドレス | | | |

SMS 不要

【1】ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください

- 家族の勧め 友人・知人の勧め(紹介者名) 自宅・職場に近いから
 ホームページを見て(PC・携帯)(検索ワード) 検索サイトを見て(PC・携帯)
 雰囲気が良いと聞いて 雑誌類を見て(雑誌名) 看板を見て
 電話帳を見て 建物を見て

【2】いかがされましたか？(複数回答可)

◆ 歯について

- 歯が痛い(かすかに < 軽く < かなり < 強く < 耐えられない程)
 歯がしみる(温・冷) かむと痛い 詰め物が取れた(日前から)
 歯並びを治したい 歯を美しくしたい 歯を入れてもらいたい 入れ歯が合わない・痛い
 入れ歯を新しくしたい

◆ 歯周病について

- 歯石を取ってほしい 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた
 歯がぐらぐらする あごが痛い

◆ 検診について

- 定期検診 成人検診 妊婦検診 口腔がん検診

◆ その他について

- 口内に何かできた 口臭が気になる 口が乾く 親知らずが痛い
 虫歯・歯周病予防を積極的にしたい 自分の歯を出来るだけもたせたい
 あご・顎関節が痛い

【3】通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気は☑にチェックを、過去に治療した病気は病名に☒印をお願いします

- ない
 高血圧(上の血圧 _____ mmHg/下の血圧 _____ mmHg) 糖尿病(血糖値HbA1c _____ mg/dl)
 心臓病(狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心不全)
 心筋症 先天性心疾患) 脳卒中 ぜんそく 肝臓病 (HCV・HBV・その他)
 腎臓病 てんかん アレルギー
 甲状腺の病気 がん(部位 _____) 認知症 HIV
 その他(_____)



裏面へ

【4】現在服用中の薬剤はありますか？

ない ある(お薬手帳 お薬)を持ってきている

①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前(不明の場合は何のお薬か)を教えてください。

②ペースメーカー、または胸の中の中に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ

| | | | |
|----|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| 歯科 | <input type="checkbox"/> 睡眠鎮痛剤・抗不安剤 | <input type="checkbox"/> 抗てんかん剤 | <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎剤 |
| 医院 | <input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 | <input type="checkbox"/> 副腎皮質ホルモン剤 | <input type="checkbox"/> 抗血栓剤 |
| 記載 | <input type="checkbox"/> 糖尿病用剤 | <input type="checkbox"/> BP製剤 | <input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> その他 |

通院中の病院() 病院() () 科) 担当医() 先生)

◆おからだの状態について

【5】生活の中で気になるおからだの状態を教えてください

①胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか ① はい いいえ

②食べる時にむせる事がありますか？ ② はい いいえ

③麻酔時や歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ③ はい いいえ

④けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ④ はい いいえ

⑤薬のアレルギーはありますか？ ⑤ はい 可能性・疑いあり いいえ

⑥妊娠・授乳中ですか？ ⑥ はい 可能性・疑いあり いいえ

妊娠月齢() 週)・出産予定日() 月) 日頃)

お腹のお子様は(第一子・第二子・第三子)

つわり(ある・たまにある・ない)

⑦お口の中が乾いてると感じる事がありますか？ ⑦ はい いいえ

◆生活習慣について

【6】生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【時間帯】 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

【1回の時間】 () 分程度

【使うもの】 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ 電動ブラシ その他()

②喫煙習慣は、 なし あり 過去にあり 何本 / 日
※ ありと答えた方 禁煙したいとおもわれますか？ はい いいえ

③睡眠時間は、1日平均() 時間程度

④習慣的によく飲む飲みものは なし あり

※ ありと答えた方具体的にお答え下さい()

例)ジュース・コーヒー・お茶・ポカリスエット

⑤間食は しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

※ 間食の種類を教えてください()

◆治療のご希望について

【7】ご希望の治療を教えてください(複数回答可)

悪いところは全部治療したい

先生と相談の上、治療したい

定期的なメンテナンスを受け自分の歯を長持ちさせたい

※ 特別な治療を除き、治療はほぼ保険の範囲内で行えますが、最終的な詰め物や
かぶせ物の中には保険の使えるものと使えないものがございます。
各々のメリット・デメリットを説明させて頂いた上で、ご自身ご判断下さい。

◆予約について(キャンセル)についてのお願い

当クリニックでは患者様に良質な治療を行うために時間予約制診療をしております、担当の医師・衛生士が
入念な準備をして、患者様をお待ちしています。ご予約の際は確実に来院できる日時をお選び下さい

キャンセルやお時間の変更が生じた場合はなるべく早くにお電話下さい

ご連絡がなくキャンセル(無断キャンセル)をされたり、当日、急なキャンセルされると準備が無駄になってしま
うばかりか、治療がなかなか進まず、費用やお時間も余計にかかってしまいます。

どうぞご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※ご記入いただきました個人情報、当クリニックの個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に
お取り扱いいたします。(予約の連絡先に使用させていただきます)

以上で問診は終了です。ありがとうございました。