

歯科問診票

受付日 年 月 日

フリガナ 氏名			性別	生年月日	
			男・女	S・H・R	年 月 日
現住所	〒 -				
連絡先 電話番号	自宅	携帯	職業		

[1] いかがされましたか？（複数回答可）

- 歯が痛い（ 軽く < かなり < 耐えられない程） 歯がしみる（ 冷 温）
 歯茎から血が出る 歯茎が腫れた 詰め物・被せ物が取れた 虫歯がある
 義歯の調子が悪い 顎の調子が悪い 歯並びが気になる
 歯石除去希望 着色除去希望 ホワイトニング希望 フッ素塗布希望
 区の検診希望 診療所型歯科健診（旧事業所健診）希望 治療について相談希望
 全体の検診希望 インプラントの相談希望 その他（ ）

[2] 部位はどこですか？

（○を付けてください）

左上	前上	右上
左下	前下	右下

[3] その症状はいつからですか？

（ ） 日前 （ ） 週間前 （ ） か月前

[4] 最後に歯科に通院したのはいつですか？（ ） 日前 （ ） 週間前 （ ） ヶ月前 （ ） 年前

覚えていない 歯科医院での治療は初めて

[5] 通院中・治療中の病気はありますか？ ある ない

- 高血圧 糖尿病 脳血管疾患 心臓疾患 喘息 肝臓病・肝炎（ B型 C型）
 喘息 骨粗鬆症 アレルギー（ ） その他（ ）

[6] 現在服用中のお薬はありますか？

- ない ある（お薬手帳 ある ない あるが持ってきていない）

服用中の薬剤がある方で、お薬手帳の無い方はお薬の名前を教えてください。

（ ）

[7] 歯磨きはいつしますか？ 起床後 食後（朝・昼・夕） 就寝前 1回（ ）分

歯ブラシ以外の清掃器具は？ フロス 歯間ブラシ その他（ ）

裏面の回答もお願い致します。

[8] 麻酔や抜歯など、歯科治療中に具合が悪くなったことがあれば教えてください。

- ない 血が止まりにくかった 気分が悪くなった 麻酔が効きにくかった
 その他 (_____)

[9] 喫煙されますか？ はい (_____ 本/日) いいえ 禁煙した (_____ 年前)

[1 0] (女性の方へ) 妊娠中または授乳中ですか？

- いいえ 妊娠中 (_____ 週/予定日 _____ 月 _____ 日) 妊娠の可能性あり 授乳中

[1 1] 治療のご希望を教えてください。(複数回答可)

- 悪いところは全部治療したい 痛いところだけ、希望するところだけ治療したい
 できるだけ保険を使った治療を希望 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けたい

[1 2] ご来院頂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・知人の勧め (_____ 様) 自宅・職場に近い
 ホームページ (Google・Yahoo!・safari・その他) その他 (_____)

[1 3] 当医院へのご要望がありましたら、教えてください。

ご協力いただきありがとうございました。

たけし在宅クリニック