

# 問診票

ふりがな	性別	生年月日		
氏名	男・女	大・昭・平	年	月 日 (才)
〒 住所	自宅電話			
	携帯電話			

## 1. どうなさいましたか (該当するものはすべてお選びください)

- 検診をしてほしい(虫歯や歯周病の有無など)  歯が(痛い・しみる・欠けた)  歯に穴が開いた  詰め物・被せ物が取れた  歯ぐきが(痛い・腫れた)  歯ぐきから出血する  歯が動く(歯がグラグラする)  歯の抜けたところを治したい  歯の清掃をしたい(クリーニング)  歯の色が気になる  入れ歯が(あたる・壊れた)
- 新しい入れ歯を作りたい  親知らずが痛い  顎(あご)が気になる(痛い・異音がする・口を開けづらい)
- フッ素を塗りたい  その他( )

## 2. 気になる場所はどこですか

- 左上  上の前歯  右上  左下  下の前歯  右下  全体的
- その他(頬・舌・口唇(くちびる)・顎(あご)・喉(のど))

## 3. 今まで、歯科治療の麻酔注射をしたり、歯を抜いたりしたときに異常はありましたか

- ない  気分が悪くなった  貧血を起こした  熱が出た  血が止まりにくかった  アレルギーが出た
- 何日か痛んだ  その他( )

## 4. 歯科以外の病気はありますか

- ない  ある(心臓疾患、高血圧、血液疾患、呼吸器疾患、胃腸疾患、肝臓疾患、腎臓疾患、糖尿病、骨粗しょう症、アレルギー、その他)

## 5. 現在、服用している薬はありますか

- ない  ある(服用薬名 )
- (注)薬を服用している方は、「お薬手帳」または「薬剤情報提供書」をご持参ください

## 6. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか

- いいえ  はい(妊娠 第 週)
- かかりつけ医療機関名( )

## 7. 治療についての希望はありますか (該当するものはすべてお選びください)

- 治療前に必ず麻酔をしてほしい  治療中に痛みを感じたときだけ、麻酔をしてほしい  気になる所だけ治療したい
- 悪い所は全部治療したい  保険の範囲で治療したい  必要であれば保険外の治療も考えている

## 8. ご来院になったきっかけは何ですか

- 家族・知人の紹介(お名前 )  家・会社・保育園・幼稚園・学校から近い
- 看板  チラシ  その他( )

## 9. 今まで歯科医院を受診したとき、イヤだなと思ったことをお書きください