

# 問診票

本日はご来院いただきありがとうございます☆

年 月 日

ふりがな	生年月日
お名前	大・昭・平・令 年 月 日 歳
ご住所 〒 -	連絡先
	自宅
	携帯番号

今日はどうされましたか？

【部位】	【いつ頃から】
右上   上前歯   左上	<input type="checkbox"/> 〇日前 <input type="checkbox"/> 〇週間前 <input type="checkbox"/> 〇ヶ月前
右下   下前歯   左下	【歯】
	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる
	<input type="checkbox"/> 詰め物が取れた(取れたもの <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)
	<input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい
	※生え方によっては当院で 抜けない場合もございます
【歯ぐき】	【入れ歯】
<input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 新しく作りたい
【検診】	【相談】
<input type="checkbox"/> 虫歯がないか検査したい	<input type="checkbox"/> ホワイトニングの相談 → <input type="checkbox"/> ホーム <input type="checkbox"/> オフィス
<input type="checkbox"/> 歯石や着色を取りたい	<input type="checkbox"/> インプラントの相談
	<input type="checkbox"/> 矯正治療の相談 → <input type="checkbox"/> ワイヤー <input type="checkbox"/> マウスピース
【その他気になるところ】	
(	)

【ご来院のきっかけを教えてください。】  ホームページ  検索サイト  Instagram  
 家族・知人の紹介 ご紹介様のお名前( 様)  看板  近所

【最後に歯医者にかかれたのはいつですか？】  
( )年( )ヶ月( )日 前

【定期的に歯の検診、クリーニングは受けていますか？】  
 いいえ  はい → ( )ヶ月に1回

【ご来院可能な曜日、時間帯はありますか？】 ※お答え出来る範囲で大丈夫です。

いいえ  はい → ( 曜日 時以降)  
( 曜日 時以降)  
( 曜日 時以降)

裏面にもございますのでご記入お願いいたします。☞

**【既往歴】**

●現在治療中、またはかかったことのある病気はありますか？

ある ない

あるにチェックを入れた方

高血圧 高脂血症 糖尿病 脳血管疾患 心疾患 喘息  
骨粗鬆症 肝臓病、肝炎(B型 C型) その他( )

●現在服用しているお薬はありますか？

ない ある→( )

※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

**【アレルギー】**

●アレルギーはありますか？

ある ない

あるにチェックを入れた方

薬(麻酔を含む)( )  
金属 ラテックス 食べ物( )  
その他( )

●歯科治療で具合が悪くなったことがありますか？

ある いいえ

あるにチェックを入れた方は症状を教えてください

( )

●(女性の方へ)現在妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中 授乳中 いいえ

( \_\_\_\_\_ 週 予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

●喫煙はされますか？

はい いいえ 以前吸っていた

→( \_\_\_\_\_ 本/1日)

**【歯磨き習慣】**

●歯磨きはいつしますか？ 1回( \_\_\_\_\_ )分程度

起床後 食後(朝・昼・夜) 就寝前

●歯ブラシ以外に使っているものはありますか？

はい いいえ

→フロス 糸ようじ 歯間ブラシ マウスウォッシュ  
その他( \_\_\_\_\_ )

☆本日はご来院いただきありがとうございます。  
問診表のご記入ありがとうございました。