

# 問診票

フリガナ	男 女	年 月 日生
氏名		
住所 〒		
TEL 第1連絡先	第2連絡先	

1. お口のお手入れについて	<input type="checkbox"/> 起床後	<input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夜)	<input type="checkbox"/> 就寝前
・歯磨きをする時は	( )分ぐらい		
・1回の時間は	<input type="checkbox"/> フロス(糸ようじ)	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> その他
・歯ブラシ以外の清掃用剤は	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 過去にあり
2. 喫煙習慣	約( )時間		
3. 睡眠時間	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )	
4. 食生活習慣について	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> あまりしない
・習慣的飲料	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧・その他)	
・間食の取り方	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬名 : )	
5. 現在治療中ですか			
6. 薬を飲んでいますか			

## 以下の該当箇所に○を囲んでください

☆来院された理由(複数可)

- ①(痛い・しみる・はれてい)るところがある ②痛くはないが、虫歯がある ③つめもの・かぶせもの等がはずれた  
④入れ歯をいれたい ⑤入れ歯の調子が悪い ⑥入れ歯がこわれた  
⑦歯の清掃(歯石除去)をしてほしい ⑧歯を美しく(白く)したい ⑨定期検診・検査をしてほしい  
⑩顎の関節が痛む・音がする ⑪インプラントをしてほしい ⑫フッ素塗布をしてほしい  
⑬その他( )

☆現在のお体の状態

ふつう・妊娠中・妊娠の疑い(現在 月)・よくない( )

☆内科的な病気は?(現在・過去問わず)

- ①ない  
②ある→心臓病(不整脈 心不全 狭心症 心筋梗塞 弁膜症)  
高・低血圧( / mmHg) 糖尿病 肝臓病( 型肝炎 肝硬変)  
腎臓病 脳疾患( ) 胃腸疾患  
骨粗しょう症 喘息 リウマチ  
アレルギー( ) その他( )

☆歯科で治療や抜歯をした時に異常はありましたか?

- ①なかった ②あった→血が止まりにくかった 貧血をおこした 麻酔がききにくかった その他( )

☆治療についての希望は?

- ①悪いところはすべて治療してほしい ②今回の治療は応急処置だけでよい ③その他( )

☆治療費について

- ①保険の範囲内で治療してほしい ②良い方法があれば保険外でもよい ③先生と相談して決めたい

☆当クリニックを何でお知りになりましたか?

- ①知人等の紹介(紹介者 様) ②自宅・職場等に近いか ③Googleマップ・インスタグラム等  
④インターネット・チラシを見て ⑤その他( )

☆領収書は必要ですか?

- ①毎回 ②治療終了後にまとめて ③領収書は不要

☆明細書(治療の内容が記載されたもの)は必要ですか?

- ①必要 ②不要

☆その他、特に話しておきたいことなどございましたらご記入ください

[ ]