



問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		年齢	
氏名		男 女	昭 平 令 年 月 日		才	
現住所	〒					
自宅電話		携帯				
職業		緊急 連絡先	氏名		続 柄	
			TEL			

あなたの歯科治療をより良く行うために、次の質問に✓・○印もしくは記入をしてください
あなたが来院されたのは？

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物・差し歯がとれた <input type="checkbox"/> 銀歯を白い詰め物・差し歯に変えたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・痛い <input type="checkbox"/> インプラント希望・相談 <input type="checkbox"/> クリーニング・検診希望 <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望・相談 <input type="checkbox"/> 舌ガン検査 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯並び・かみあわせが気になる <input type="checkbox"/> □□の中を全体的に検査してほしい <input type="checkbox"/> その他()
どこに症状がありますか	左上奥 上前歯 右上奥 左下奥 下前歯 右下奥 舌 □唇 頬 歯茎 顎

歯科治療について

麻酔の注射をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その時気分が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その時血が止まらないなどの異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
歯の型を取ったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その時嘔吐反射はありましたか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

あなたの身体についてお答えください

今までに大きな病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ある とお答えした方	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1C %) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 最低) <input type="checkbox"/> 肝炎 (C型/B型/A型) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 貧血・てんかん <input type="checkbox"/> その他()	

裏面もご記入ください

喫煙はされますか	<input type="checkbox"/> はい（ 本/日、 年） <input type="checkbox"/> いいえ
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ある（病院名 ） <input type="checkbox"/> ない
現在常用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある（薬品名 ） <input type="checkbox"/> ない
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> ない
女性の方のみ 現在、妊娠中・授乳中ですか	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ ヶ月、予定日 / ） <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ

治療についてあなたの希望（複数回答可）

- 先生のお薦めする治療方針通りの治療が受けたい
将来にわたって健康でいられるための治療が受けたい
歯を白くしたい（詰め物を白くしたい・ホワイトニングをしたい）
銀歯を白いものに変更したい
歯の予防について教えてほしい
特殊な入れ歯で自分の歯のようにおいしく食事をしたい
材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい
その他（ ）

当院を選ばれた理由をお聞かせください（複数回答可）

- 家族の紹介（お名前 ） 友人・知人の紹介（お名前 ）
当院ホームページ ネット広告 E-PARK SNS（Twitter・Instagramなど）
YouTube その他WEBサイト（サイト名 ） 自宅から近い
メディア（TV・ラジオ） 看板を見て その他（ ）

□腔内写真利用についてのお願い

一般の方への情報発信のため、氏名や顔が分からないように加工した上で、お口の中の写真をホームページ等で利用させて頂いてもよろしいでしょうか
同意する 同意しない

上記以外、歯科医師に伝えておかなければならない事、
また治療に関するご希望等をご記入ください
