



# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お子様のお名前	愛称 ( )	男 女	平成 年 月 日	才 カ月
現住所	〒			
自宅電話		携帯		
保護者のお名前		職業		
紹介者		関係性		

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下さい  
あなたが来院されたのは？

どうなさいましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯が痛い ・ つめものがとれた ・ 違和感がある ・ しみる</li> <li>・ 噛むと痛い ・ うずいている ・ 歯茎が気になる</li> <li>・ 外傷 ・ 予防処置 ・ 歯を白くしたい</li> <li>・ 歯並びが気になる ・ 検診 ・ クリーニング</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
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 口唇 頬 歯茎

## 歯科治療について

・ 今まで歯科治療を受けたことはありますか？	はい : いいえ
・ 麻酔の注射をしたことはありますか？	はい : いいえ
・ 歯を抜いたことはありますか？	はい : いいえ
・ 上手に治療を受けられそうですか？	はい : いいえ
・ 歯の型を取ったことはありますか？	はい : いいえ
・ 嘔吐反射はありますか？	はい : いいえ

## あなたの身体についてお答えください

あてはまるもの ○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病 (HbA1C mmg) ・ 心臓病 ・ 喘息</li> <li>・ 発達障害 ( )</li> <li>・ 肝炎 (C型/B型/A型) ・ 血液の病気 ・ 腎臓病</li> <li>・ 貧血・てんかん ・ その他 ( ) ・ 特になし</li> </ul>
----------------------	---

裏面もご記入ください

1日何回歯を磨きますか	朝 ・ 昼 ・ 夜
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	・ある（病院名） ・ ない
薬を飲んでいますか	・はい（薬の名前） ・ いいえ
アレルギーはありますか	・ある（） ・ ない
仕上げ磨きはされますか	朝 ・ 昼 ・ 夜

**治療についてあなたの希望（複数○可）**

- ・ 保険の範囲内
- ・ 保険内もしくは保険適用外のどちらかを選びたい
- ・ 相談して決めたい

**当院を選ばれた理由をお聞かせください（複数○可）**

・ 家族が通っている（お名前）	（）
・ 知人のご紹介（ご紹介者）	（）
どの様な言葉でご紹介いただきましたか	
（	）
・ ホームページ（検索ワード）	（）
・ スマートフォン（検索ワード）	（）
・ TV、ラジオ ・ 自宅から近い ・ 職場から近い ・ 看板を見て	
・ その他（	）

**ご来院のご都合のよい曜日・時間帯**

	月	火	水	木	金	土	日
午前							—
午後							—
17:00以降				—		—	—

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

---



---