

問 診 表

記入年月日 年 月 日

・この問診表は、治療の参考になる大切な資料ですので、できるだけ正確にお答え下さい。

ふりがな				
お名前		男・女	生年月日 年 月 日	才 血液型
現住所	〒		TEL(自宅)	E-Mail
勤務先			TEL(携帯)	職業

1. 今日はどうなさいましたか？ ()

- 歯が痛い 虫歯が気になる 歯肉が痛い・腫れた 歯周病が気になる
咬むと痛い 詰め物・かぶせ物が外れた 親知らずが気になる あごが痛い
咬みあわせが気になる 歯並びが気になる 入れ歯が痛い・合わない
インプラントの相談 歯を白くしたい 前歯をきれいにしたい 歯石を取りたい
検診(歯科ドック) 口臭ケア ティースクリーニング 歯茎の色が気になる
スマイルセラピーに興味がある

2. それはどこですか？

3. それはいつからですか？

4. 治療に対するご希望は？

- (時間的) 痛い(気になる)所だけでいい 全体的に診査をして、悪いところを無くしたい
 (経済的) 保険のみで治療したい 説明を受けて、治療法を決めたい
可能な限り、一番良い方法で治療したい

5. 御来院になられたきっかけは？

- 医院看板 駅看板 リーフレット 小冊子 ホームページ
知人の紹介(お名前:) 家族の紹介(お名前:)

6. いつも使用している薬はありますか？ (お薬手帳は持っていますか？ はい いいえ)

理由 _____ 薬品名 _____

7. かかりつけの医院はありますか？(内科・外科等)

医院名 _____

8. 現在又は今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ はい いいえ

- 血液疾患 心臓疾患 肝臓疾患(型) 腎臓疾患 胃腸疾患
高血圧症 貧血 糖尿病 喘息 てんかん
甲状腺異常 その他()

9. 血圧は？ 高め 普通 低め

ご自分の血圧をご存知でしたらお書き下さい 上 _____ 下 _____

10. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

はい いいえ

薬 _____ 食べ物 _____

裏面にも質問がございます。

11. 歯科麻酔(注射)をして気分が悪くなったことはありますか？ はい いいえ
12. 血が止まりにくかったことはありますか？ はい いいえ
13. タバコを吸いますか？ はい いいえ
_____ 本/日 (_____ 才から)

14. 歯肉から出血しますか？ はい いいえ
15. 口臭は気になりますか？ はい いいえ
16. 次のような癖はありますか？ ・なし

- 歯ぎしり くいしばり 片側咬み 爪を咬む 唇を咬む 頬杖 うつ伏せ寝
17. 口を大きく開けると耳元で音がしたり、開けづらいときがありますか？ はい いいえ

18. 女性の方のみお答え下さい
現在妊娠していますか？ はい(_____ ヶ月) わからない いいえ
生理は順調ですか？ はい いいえ

19. お子さんの場合はお答え下さい
歯医者さんは初めてですか？ はい いいえ
フッ素塗布を受けたことはありますか？ はい いいえ

20. 前回、歯科治療を受けたのはいつですか？ また、その理由は？

21. 歯科医院のイメージは？
痛い(こわい) 待たされる 期間(回数)がかかる 費用が高い 説明が足りない

20. 今までに予防の話(歯の磨き方など)を聞いたことがありますか？ はい いいえ

21. 歯磨きについてお聞きします
1日何回磨いていますか？ (_____ 回)
朝食前 朝食後 昼食後 夕食後 寝る前
1回何分かけてますか？ (約 _____ 分)
何を使っていますか？

- 歯ブラシ 電動歯ブラシ フロス(糸ようじ) 歯間ブラシ 舌ブラシ その他

22. 自分の歯の外観や笑顔に満足していますか？ はい いいえ

23. 自分の健康のためにサプリメントや健康食品を利用していますか？ はい いいえ

24. 定期的に検診(チェックアップ)を受けていますか？ はい いいえ

25. 今後、予防のために定期的に検診とクリーニングを受けようと思いませんか？ はい いいえ

26. これからの人生をどのような歯や口の状態で過ごしたいですか？

27. その他、治療に対する希望などがあればお書き下さい。

お疲れ様でした