

# 問診票

ふりがな		性別	年 月 日			
お名前		男・女	ご職業			
ご住所	〒					
電話番号			携帯番号			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		ご年齢	歳		
お勤め先	会社名 電話番号 ( )		ご紹介者	様		

◇本日はどうなさいましたか？

検診希望 クリーニング希望 歯が痛い・しみる 歯ぐきが腫れた・痛い 虫歯がある 歯がぐらぐらする  
詰め物・被せ物が取れた 入れ歯・差し歯を入れたい 詰め物を交換したい セカンドオピニオンを受けたい  
その他 ( )

◇トラブルのある歯(または歯ぐき)はどこですか？

上の右奥歯 上の前歯 上の左奥歯  
下の右奥歯 下の前歯 下の左奥歯 その他 ( )

◇いつから痛みますか？ 痛みは無い 今日から 昨日から 時々 ( ) 日ほど前から ずっと前から

◇この機会にどうなさいますか？ 悪い所は全部治療したい 痛い所だけ治療したい 可能な限り全部綺麗にしたい

◇薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

ない ある (原因: 症状: )

◇麻酔注射や抜歯で気分が悪くなる、貧血、出血過多等の異常が起きた事がありますか？

ない ある (症状: )

◇持病または過去にかかった病気はありますか？

高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎 喘息 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗鬆症  
その他 ( )

◇現在、お薬は飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる (薬名: )

◇(女性の方へ) 現在、妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性あり

◇(女性の方へ) 現在、授乳中ですか？ いいえ はい

◇歯磨きの回数は1日何回ですか？ ( 回) それはどのタイミングですか？ 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

◇歯ブラシ以外に何を使っていますか？ フロス 歯間ブラシ 使っていない その他 ( )

◇歯ブラシ指導を受けた事がありますか？ ある ない

◇嗜好品を教えてください コーヒー 紅茶 緑茶 炭酸飲料 アルコール(ビール・ワイン・その他) 甘い物

◇間食の取り方を教えてください 不規則 規則的( 毎) しない

◇喫煙なさっていますか？ していない している 1日 本 禁煙した

◇本日の健康状態はいかがですか？ 健康 風邪気味 熱がある 疲労 睡眠不足

◇睡眠時間はどのくらいですか？ 1日平均 時間程度

◇予約の曜日・時間帯に関してご希望はありますか？ (予約は、 曜日 時頃が良い)

◇その他ご要望がありましたらご記入下さい

( )

※ご記入頂いた個人情報、及び診断結果は当院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱い致します

※治療中に撮影した口腔内画像及び治療動画は、個人の特定が出来ない形で当院のHP等へ治療に関わる情報として使用させて頂く場合があります 掲載不可な方はチェックをお願いします □掲載を承諾しません

以上で問診は終了です ありがとうございます 五反田みとめ歯科