

# 問 診 票

ふりがな		性別		年	月	日	
お名前		男・女	ご職業				
ご住所	〒						
携帯番号			電話番号				
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
- ◆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、お薬は飲んでますか？◆ 飲んでいない 飲んでいる (薬名: )
- ◆(女性の方へ) ご妊娠中ですか？◆ いいえ はい 可能性あり ◆授乳中ですか？◆ いいえ はい

- 
- ◆歯磨きの回数、タイミングを教えてください◆ (1日 回) 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、及び診断結果は本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  
※治療中に撮影した治療画像及び治療動画は、個人の特定が出来ない形で本院のHP等で使用させて頂く事もございます  
※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した 五反田みとめ歯科