

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、お薬は飲んでいますか？◆ 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◆ ()