

# 問 診 票

受付日 令和 年 月 日

## フリガナ

お名前

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日

〒

ご住所

電話番号（自宅）

携帯電話番号

メールアドレス

◆ どうなさいましたか？

- 歯が痛い（噛むと痛い・何もしなくても痛い）
- ムシ歯の治療をしたい  検査をしてほしい  歯並びを治したい
- 歯石をとってほしい  つめたものがとれた  顎の具合が悪い
- 歯ぐきから血が出る  入れ歯をいれたい  その他
- 冷たいものがしみる  温かいものがしみる（ ）

◆ どこが気になりますか？

右上	前歯	左上
右下	前歯	左下

◆ 痛みはいつからですか？

- 今日から  \_\_\_\_日位前から  ずっと前から  時々

◆ 歯を抜いたことはありますか？

- ない  ある

◆ 抜歯時に異常はありましたか？

- ない  ある（血が止まらなかった・熱がでた・その他）

◆ 薬に対し異常はありましたか？

- ない  ある

◆ 現在、薬を飲んでいますか？

- いいえ  はい（薬品名： ）

◆ 注射をして異常はありますか？

- いいえ  はい（薬品名： ）

◆ 内科的な病気はありますか？

- ない  ある

現在治療中の病気には  を  
お願いいたします。

過去に治療した病気は  を

■ 塗りつぶしてください。

- 心臓病（ ）
- 肝臓病（ A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他 ）
- 腎臓病  脳卒中
- 糖尿病  甲状腺の病気  悪性腫瘍
- ぜんそく  アレルギー  てんかん
- 認知症  HIV
- その他（ ）

2枚目もご記入を、お願い致します。

- ◆ 血圧は  正常  高い  低い
- ◆ 現在の健康状態は  よい  普通  悪い 【  妊娠 月 日 】
- ◆ タバコは吸われますか？  いいえ  はい ( 本/日 )
- ◆ 睡眠時間は、1日平均 ( ) 時間程度
- ◆ 食生活習慣：習慣的飲料物  なし  あり ( )
- 間食の取り方  不規則  規則正しい  あまりしない
- ◆ お口のお手入れについてお伺いします
- \* 歯磨きをする時は  起床後  食後 ( 朝・昼・夜 )  就寝前
- \* 1回の時間は ( ) 分くらい
- \* 歯ブラシ以外の清掃用品は  フロス  歯間ブラシ  その他  使用していない
- ◆ この機会に  悪いところはすべて治したい  今、気になるところだけ治したい
- 年 月 までに治療を終了したい
- ◆ 最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？ ( 頃 )
- ◆ 今まで受けた歯科治療において嫌なこと  
何かご希望がありましたらご記入下さい。
- 
- 
- ◆ もり歯科・矯正歯科へご来院いただきましてありがとうございます。ご来院の動機を教えてください。
- ホームページをみて
- 家族・友達からの紹介 .....様からの紹介
- その他 ( )

以上で問診は終了です。ありがとうございました。

