

# 問 診 表

フリガナ \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

住所 \_\_\_\_\_

職 業 \_\_\_\_\_

正しく診断し、適切に診療していく上で必要な事柄です。

あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

1	どうなさいましたか	1. むし歯    2. 歯肉の腫れ／出血    3. 歯の清掃／歯石除去 4. 口臭    5. 義歯    6. 歯並び・歯の矯正    7. 顎    8. はぎしり 9. その他( _____ )												
2	お痛みはありますか	はい    いいえ ↓ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">右上奥歯</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">上前歯</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;">左上奥歯</td> <td style="width: 10%;">1. 歯</td> <td style="width: 10%;">2. 歯肉</td> <td style="width: 10%;">3. 頬</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">右下奥歯</td> <td style="border: 1px solid black;">下前歯</td> <td style="border: 1px solid black;">左下奥歯</td> <td style="width: 10%;">4. 顎</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">5. その他( _____ )</td> </tr> </table>	右上奥歯	上前歯	左上奥歯	1. 歯	2. 歯肉	3. 頬	右下奥歯	下前歯	左下奥歯	4. 顎	5. その他( _____ )	
右上奥歯	上前歯	左上奥歯	1. 歯	2. 歯肉	3. 頬									
右下奥歯	下前歯	左下奥歯	4. 顎	5. その他( _____ )										
3	お痛みはいつからですか	1. 今日    2. _____日位前から    3. _____ヶ月位前から    4. 時々												
4	どのような痛み方ですか	(例:ズキズキ痛い・かむと痛い)												
5	冷たい・熱いものは	1. しめない    2. しみる ( 冷たい・熱い )												
6	今まで歯科治療を受けたときに異常は	1. ない    2. ある    [ 血がとまらなかった    貧血をおこした 麻酔で気分が悪くなった    その他( _____ ) ]												
7	過去に大きな病気(治療)にかかったこと	1. ない    2. ある    [ 病名: いつごろ: ]												
8	現在治療中の病気はありますか	1. ない    2. ある    [ 病名: 病院名: ]												
9	現在服用している薬は	1. ない    2. ある    薬剤名: _____												
10	薬による副作用は	1. ない    2. ある    [ 鎮痛剤    抗生物質    ヨード    その他( _____ ) 薬剤名: _____ ]												
11	アレルギー体質は	1. ない    2. ある    [ 花粉    鼻炎    化粧品    金属 食品( _____ )    その他( _____ ) ]												
12	現在の体調は	1. 普通    2. 不調    [ 疲労    睡眠不足    動悸・息切れ その他( _____ ) ]												
	女性の方のみ	1. 妊娠していない    2. 妊娠中( _____ヶ月)												
13	歯磨き指導を受けたことは	1. ない    2. ある    [ 実行できている 実行できていない ]												
	歯のお手入れ道具は何をお使いですか	1. 歯ブラシ    2. 電動歯ブラシ    3. デンタルフロス    4. 歯間ブラシ 5. 歯磨き粉(商品名: _____ )    6. フッ素    7. 洗口剤 8. その他( _____ )												
14	治療範囲は	1. 全体治療    2. 痛みのあるところだけ    3. 相談の上決める												
15	診療(治療費)のご希望は	1. 健康保険の範囲内 2. なるべく健康保険で、多少は費用をかけても良い 3. 良いものであれば費用がかかっても良い 4. 相談の上で決める												
16	ご希望の曜日・時間													
17	当院をお知りになったのは	1. 看板    2. 電話帳    3. インターネット 4. ご紹介(紹介者名: _____ 様)    5. その他( _____ )												

その他、ご要望などありましたら、裏にご記入ください。