# 問　診　表

ﾌﾘｶﾞﾅ　　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<br>4. 口臭　5. 義歯　6. 歯並び・歯の矯正　7. 顎　8. はぎしり<br>9. その他(　　) |
| 2 | お痛みはありますか | はい　いいえ<br>↓<br>右上奥歯 \| 上前歯 \| 左上奥歯　1. 歯　2. 歯肉　3. 頬<br>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. しみない　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<br>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)にかかたこと | 1. .ない　2. ある［病名：<br>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：<br>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(　　)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>5. 歯磨き粉(商品名：　　) 6. フッ素　7. 洗口剤<br>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<br>2. なるべく健康保険で、多少は費用をかけても良い<br>3. 良いものであれば費用がかかっても良い<br>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<br>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。

成瀬台歯科