

# 問 診 表

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	性別
お名前		明 大 昭 平 年 月 日 ( 歳 )	男 ・ 女
ご住所	〒 - 市・郡・区 町		
	☎ : ( )		
ご連絡先	〈ご勤務先〉		
	〈携帯電話〉		
ご職業			

□の中に✓を入れて下さい。

当院を知った理由を教えてください。

- 看板を見て     建物を見て     電話帳を見て  
 家族から聞いて (御家族のお名前 )  
 紹介を受けて (御紹介者のお名前 )  
 御紹介して頂いた方にお礼の葉書をお出ししてもよろしいですか? ( はい ・ いいえ )  
 他の医院・歯科医院からの紹介を受けて (医院名 )  
 その他 ( )

治療についてのご希望がございましたらどうぞ。

- 月 日までに治療を終えて欲しい  
 悪いところは全部治したい  
 痛いところ、希望するところだけを治したい  
 保険の範囲内で治したい  
 なるべく保険で、保険の効かないところは相談をしながら治療をすすめたい  
 最も良い材料と方法で治したい (自費の部分が多くなっても良い)

来院されやすい時間帯を教えてください。(線やチェックを入れて下さい)

10 : 00		13 : 00		15 : 00			20 : 00
		お昼休み					

特に来院されやすい曜日があれば、✓を付けて下さい。

- 月     火     水     金     土  
 (木曜・日曜は休診です)

他の患者様のキャンセル等により、ご希望の時間帯や曜日に空きが出た場合、ご連絡を希望されますか?

(その時の予約状態により、ご連絡できない場合もあります)  
 はい (連絡先: 携帯・自宅・その他( ))    いいえ

# [健康調査票]

この健康調査票は、当院の歯科治療を安心して受けていただくためのものです。  
内容は診療関係者以外の目に触れるものではありませんので、ご自身もしくは保護者の方が  
正しくご記入いただくようお願いいたします。  
また、感染症（質問 8）につきましては、二次感染を防ぐために重要な項目ですので、正確  
にお答えいただくか、口頭で申告してください。

1. お困りの症状はどれですか？□に✓をつけて下さい。（複数回答可）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 痛みがある [ 歯・歯肉・粘膜・顎関節・舌 ]                     | <input type="checkbox"/> 腫れている [ 歯肉・顎・顔 ] |
| <input type="checkbox"/> 痛みの種類 [ ズキズキ痛む・咬むと痛む・しみる・歯ブラシ時に痛む・その他 ( ) ] |   |
| <input type="checkbox"/> むし歯がある                                      | <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする         |
| <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた                                | <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い        |
| <input type="checkbox"/> 歯肉から血が出る                                    | <input type="checkbox"/> 歯石やヤニなどの汚れが気になる  |
| <input type="checkbox"/> 見た目が気になる                                    | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる          |
| <input type="checkbox"/> その他 [ 検診・医療相談 ( ) ]                         | <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]        |

※ その場所はどこですか？○で囲んでください。

左上	上前	右上
左下	下前	右下

2. 喫煙・飲酒についておたずねします。

喫煙について

- 吸っていない       吸っている      ( 1日 本 ・ 吸い始めて約 年 )

飲酒について

- 飲酒しない       毎日飲酒する       時々飲酒する

3. 歯科治療や健康状態について、はい いいえのいずれかに○を付けて下さい。

1) 今までに歯科治療を受けた事がありますか？      1) はい いいえ

※はい に○をされた方、最後に歯科を受診したのはいつ頃ですか？ ( )

2) 歯科治療の際に麻酔注射を受けたことがありますか？      2) はい いいえ

※はい に○をされた方      麻酔注射の時、気分が悪くなったりしましたか？      はい いいえ

3) 歯科治療により、歯を抜いたことはありますか？      3) はい いいえ

4) アレルギー（過敏反応・食物など）がありますか？      4) はい いいえ

※はい に○をされた方、それはどのような種類ですか？ ( )

5) 薬を使用するときに注意するようにといわれたことがありますか？      5) はい いいえ

※はい に○をされた方      その薬名はわかりますか？ ( )

6) 今までに歯科的・医科的手術や輸血を受けたことがありますか？      6) はい いいえ

※はい に○をされた方      (いつ頃      どのような      )

7) 今までにけが時や抜歯時に血が止まりにくいことがありましたか？      7) はい いいえ

