

# 問診表

初診日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女	生年月日 大・昭・平・令	年 月 日
〒 ー 住所			
日中連絡のつながる番号		* ご予約の件でお電話さしあげる場合がございます。	
勤務先		電話番号	
通院にご都合の良い日時は？		午前_____ 時頃 午後_____ 時頃 □月 □火 □水 □木 □金 □いつでも	
当院をお知りになったきっかけは？ □紹介者( _____ 様) □看板 □インターネット □以前より通院 *できればフルネームをお願いします。 □その他( _____ )			

当院ではあなたのご要望に合わせた治療をさせていただきたいと思えます。

ご記入いただきました内容の秘密は厳守させていただきますので、出来るだけ正確にお答え下さい。

\* 来院された理由（複数回答可）

- 痛みがある（しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・腫れた・その他）
- むし歯を治したい
- 歯並びが悪い
- 歯がぐらぐらする
- 顎が痛い
- 詰め物・かぶせ物が取れた
- 歯石除去(クリーニング)
- 義歯を入れたい、義歯が合わない
- 口臭が気になる
- 歯肉からの出血、腫れ
- その他( \_\_\_\_\_ )
- 審美的な相談(矯正、ホワイトニング、インプラント etc)

\* 症状はいつからですか？

\_\_\_\_\_ 頃から

\* 部位はどこですか？

右上	上前	左上
右下	下前	左下

\* 入れ歯は入ってますか？ はい ・ いいえ

**\* 裏面もご記入下さい。**

## 健康状態についての質問

治療の参考にさせていただきますので、あなたの健康状態と既往歴をお聞かせ下さい。

該当する答えを○で囲んでください。

現在、治療を受けている病気は？	ない・ある(病名 )
今まで次の病気にかかったことがありますか？	ない・心臓や血管の病気・喘息 腎臓病・胃腸病・糖尿病・神経痛 甲状腺疾患・骨粗鬆症・アレルギー その他( )
次の感染症がありますか？	ない・わからない A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎 HIV・結核
〔女性の方〕 妊娠や授乳の可能性は？	ない・ある(妊娠 ヶ月)・授乳中
血圧は？	高い・普通・低い(最高; 最低; )
今、お飲みのお薬があればお書きください。	
薬によるアレルギーや副作用はありますか？	ない・ある(ペニシリン・アスピリン・ヨード) その他( )
血が止まりにくかったことは？	ない・ある
麻酔について	なんともない・効きにくい・異常があった
最後に歯医者に行かれたのはいつですか？	初めて・ 年前・ カ月前
治療途中で歯科医院に行かなくなったことは？ 理由は？	ない・ある <input type="checkbox"/> 歯を削ったり抜いたりしたくない <input type="checkbox"/> 待ち時間が長い <input type="checkbox"/> 通う日数が長い <input type="checkbox"/> その他( )
歯ぎしりを指摘されたことはありますか？	ない・ある
診療に関するご希望は？	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治して欲しい <input type="checkbox"/> 説明を聞いたうえで自由診療も検討したい <input type="checkbox"/> 自由診療でも良いので最適なプランで治療したい
当院では治療期間中に、InBody(体組成計)という 機械を使ってご自身の健康度チェックを無料でさせて 頂いています。(問診表のバインダーをご覧ください)	<input type="checkbox"/> 積極的に希望する <input type="checkbox"/> 必要に応じて希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	同意する・同意しない
その他、ご自身のお口の中で、気になる事があればお書き下さい。	

ご記入ありがとうございました  
ツインデンタルクリニック