



ふりがな  
お名前

男  
女

ご職業

生年月日 T・S  
H・R 年 月 日

ご年齢

(〒 - )  
ご住所

携帯電話 ( )  
ご自宅 ( )

※ご連絡を差し上げることがございます。つながりやすい番号を必ずご記入ください

### 来院された理由をお聞かせください。複数回答可

- 悪いところがないか調べたい
- むし歯・歯周病の予防をしたい
- 歯が痛い (右上・右下・左上・左下)  
( 日前・ ヶ月前・ 年前から)
- 歯がかけた ( 日前・ ヶ月前・ 年前に)
- つめものが取れた ( 日前・ ヶ月前・ 年前に)
- 歯ぐきが腫れた・痛い ( 日前・ ヶ月前・ 年前から)
- 入れ歯が合わない
- 歯並び・かみ合わせが気になる
- 歯がないところを補いたい
- 口臭が気になる
- 歯石を取りたい
- 歯を白くしたい
- 顎が痛い・音が鳴る
- その他 ( )

### 痛みがある方へ

- どこが痛みますか？複数回答可
- 上前 下前 右上 右下 左上 左下
- 歯ぐき 唇 舌 頬  その他 ( )
- いつから痛みますか？
- ( 日前 ヶ月前 年前から )
- どんなときに痛みますか？複数回答可
- 今も痛い
- 何もしなくても痛い
- 夜に痛い
- 食べたとき
- その他 ( )

### 一番最近、歯医者にかかったのはいつ頃ですか？

- ( ヶ月前・ 年前)
- その時どのような治療をされましたか？複数回答可
  - 定期検診
  - 歯石を取った
  - むし歯の治療をした
  - 歯を抜いた
  - 入れ歯を作った
  - その他 ( )

### 当院に来院されたきっかけをお教えてください。複数回答可

- 家から近い
- 職場から近い
- 通りかかって
- チラシ
- インターネット
- 託児があったから
- 女性の歯科医師だったから
- 他にない治療が受けられそうだから
- 家族が通っている (父・母・祖母・祖父・兄弟・その他)
- ご紹介 (紹介者のお名前 )
- その他 ( )

### 女性の方へ

- 妊娠中 ( 週目)
- 妊娠の可能性あり
- 授乳中

裏面もご記入ください

### 現在医者にかかっていますか

- はい (病名 )  
( 病院 科)  
いいえ

### 次の病気にかかったことはありますか

- 肝臓病 (A型・B型・C型・脂肪肝・その他)  
HIV  
骨粗鬆症  
高血圧 (血圧 / )  
心筋梗塞・狭心症  
その他の心臓病 ( )  
ペースメーカーを使用していますか はい いいえ  
糖尿病 (HbA1c %・空腹時血糖値 mg/dl)  
腎臓病 ( )  
てんかん  
脳血管障害 ( )  
がん ( )  
精神疾患 ( )  
副鼻腔炎 (蓄膿症)  
その他 ( )

### 薬にアレルギーや、異常を起こしたことがありますか

- はい (薬剤名 )  
いいえ

### アレルギーはありますか

- はい いいえ
- 以下のアレルギーがありますか？複数回答可
- 金属 (金属名 )  
ラテックス (天然ゴム)  
アルコール  
ヨード (イソジンなど)  
クロルヘキシジン  
牛乳  
花粉  
ぜんそく  
アトピー  
アレルギー性鼻炎  
その他食品等 ( )

### 歯科で麻酔をしたことがありますか

- はい いいえ
- 麻酔をしたことがある方  
異常はなかった  
異常があった ( )

### 歯を抜いたことがありますか

- はい いいえ
- 歯を抜いたことがある方  
異常はなかった  
異常があった ( )

### 血がとまりにくいことはありますか

- はい いいえ

### お薬を飲んでいますか

- はい (お薬手帳を受付にご提出ください)  
いいえ

### 治療のご要望

- 今後の治療について
- いま痛むところだけ治療してほしい  
むし歯や歯周病など悪いところだけ治療してほしい  
全体的な検査や予防処置等、  
継続的な歯の健康管理もしてほしい
- 費用について
- できるだけ良い材料で治療したい  
なるべく健康保険で、保険を使えない部分は  
多少の費用を欠けても良い  
健康保険のみで治療したい  
相談の上決めたい
- 治療時間について
- 一回の治療時間は長くてもよいので、早く終わりたい  
一回の治療時間を短く、回数をかけても良い

### ご希望・ご質問があればご記入ください

# 歯 磨 き 問 診 票

★生活習慣等についてお伺いたします。

お名前

---

1. 一日に何回  
歯磨きをしていますか 0回 1回 2回 3回 それ以上
2. いつ磨きますか 朝 昼 夕 寝る前 間食後
3. 歯磨き指導を受けられたことは  
ありますか はい (いつごろ ) いいえ
4. 歯ブラシ以外に  
補助用具を使いますか フロス (糸ようじ) 歯間ブラシ ワンタフトブラシ  
その他 ( )
5. 歯ぐきからの出血がありますか よく出る 時々出る 出ない
6. 口臭が気になりますか はい いいえ
7. 間食はされますか はい ( 回 / 1日 ) いいえ
8. たばこは吸いますか はい ( 本 / 1日 ) 以前吸っていた いいえ
9. たびたび嘔吐しますか はい いいえ
10. 歯ぎしりや食いしばりがありますか はい いいえ
11. お口で息をしますか はい いいえ
12. 食べにくいものはありますか はい (具体的に ) いいえ