



一 般 問 診 票

ふりがな お名前	男 女	ご職業
生年月日	T・S H・R	年 月 日
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) (医院名)
- その時どのような治療をなさいましたか？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)
 クロロヘキシジン
 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

- 治療について
- 当院ではお口の中の状態をきちんと検査し、治療計画を立てた上で治療いたします。
部分的な治療ではなく、全体的な検査や予防処置等継続的な歯の健康管理を行います。よろしいですか？

- はい
 いいえ (理由)

- 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
多少の費用をかけても良い
 健康保険のみで治療したい
 相談の上決めたい

ご希望・ご質問があればご記入ください