

## 問診票

## Interview Seat

フリガナ	生年月日
お名前	性別 女・男
自宅住所	
自宅電話	携帯電話
e-mail・1	e-mail・2
ご職業	ご紹介者

1・今、痛みがございましたか？

はい  何もしなくてもズキズキ痛い  噛むと痛い  
 押すと痛い  しみる  なんとなく痛い  
 その他 ( )

いいえ

2・痛みがある方、いつからでしょう？ ( )

3・今日は、どうなさいましたか？

虫歯がある  被せもの、詰め物などが取れた  歯が欠けた  
 しみる ⇒ ( 熱いもの  冷たいもの  甘いもの)  
 よく噛めない  入れ歯を造りたい  インプラントを入れたい  
 歯肉が腫れた  歯肉から出血する  口臭がする  歯周病が気になる  
 口の中(舌・歯肉・唇など)に何かができた  顎の関節が痛い、鳴る  
 歯の磨き方を知りたい  予防やメンテナンスを受けたい  歯石をとりたい  
 歯を白くしたい  クリーニングしてほしい  いろいろあるので相談したい  
 その他 ( )

4・気になる部位はどこでしょう？

左上の奥歯  上の前歯  右上の奥歯  顎の関節  唇  舌  
 左下の奥歯  下の前歯  右下の奥歯  その他 ( )

5・歯科治療で麻酔注射を使ったことがありますか？  はい  いいえ  わからない

6・歯科治療中に、気分が悪くなったことがありますか？

ある ⇒ どんな症状でしたか？ ( )  
 ない

7・以前歯科治療を受けたのはいつでしょう？

年 月 ⇒  治療完了  現在、通院中  
 中断 ⇒ (理由 )  
 歯科治療は初めて

8・直近で血液検査を受けたのはいつでしょう？

受けたことはない  年 月ころに受けた  
 受けた方、検査結果はいかがでしたか？  異常なし  要再検査  異常あり

