

# 《問診票》

診療に先立ち現在のあなたの状態をお聞かせください。  
なお、内容が外部に漏れることはありません。

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 T S H \_\_\_\_\_ 年 月 日 年令 才

住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

勤務先・職業 \_\_\_\_\_ 内線 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ご紹介者 \_\_\_\_\_ 様

にレ印をお入れください。

1・今、痛みがありますか？

はい → ずきずき痛い かむと痛い  
押すと痛い 歯がしみる  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

2・どういたしましたか？

虫歯がある さし歯がとれた  
つめものがとれた 入れ歯の調子が悪い  
歯肉が腫れた 歯肉から出血する  
歯石がついた 歯ぎしりをする  
歯槽膿漏の治療 口臭がする  
口の中に何かができた 顎の関節が痛い・鳴る  
歯並びをなおしたい 歯の磨き方を教えてほしい  
歯を白くしたい 検診  
その他 \_\_\_\_\_

3・異常があるところはどこですか？

歯 歯肉 左上 前上 右上  
舌 顎関節 左下 下前 右下  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

4・どのような治療をお望みでしょうか？

とりあえず痛みさえ止まれば良い  
悪いところは全て治したい  
相談して決めたい  
全て任せたい

5・以前歯科治療を受けたのはいつでしょう？

\_\_\_\_年\_\_ヶ月前 → その時治療は完了しましたか？  
はい 途中でやめた

歯科治療は初めてだ

6・次の病気にかかったことがありますか？

心臓病 (狭心症・心筋梗塞・その他 \_\_\_\_\_ )  
高血圧 (上 \_\_\_\_ / 下 \_\_\_\_ ) 腎臓病  
肝炎 糖尿病 てんかん ぜんそく 貧血  
その他大きな病気 ( \_\_\_\_\_ )

7・体に合わない薬はありますか？

はい (薬品名 \_\_\_\_\_ )  
いいえ

8・現在内科などにかかっていますか？

はい (病名 \_\_\_\_\_ )  
(病院名 \_\_\_\_\_ )  
(薬品名 \_\_\_\_\_ )  
健康である

9・アレルギーはありますか？

はい → 薬 食べ物 歯科麻酔  
花粉 その他 ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

10・女性の方へ、現在妊娠中ですか？

はい ( \_\_\_\_ 週 ) いいえ わからない

11・歯科治療中に気分が悪くなったことはありますか？

ある ない

12・歯科治療で麻酔注射を打ったことがありますか？

ある ない

13・「歯ぎしり」をしますか？

する しない しているといわれたことがある

14・歯磨きについてお聞きします。

いつ磨きますか？ 朝 昼 夜  
磨かない日もある 歯は磨かない

1回の歯磨き時間はどれくらいですか？

1分以内 3分以内 5分以内  
10分以内 10分以上

15・歯磨きを教わった事がありますか？

ある → 歯科医院で 学校で 会社で  
ない

16・日常生活についてお聞かせください。

不規則なほうだ 睡眠不足だ  
かなりストレスがある かなりタバコをすう  
治療のため通院するのは困難だ  
朝食はほとんど食べない  
忙しくて昼食もままならない  
夜は酒が入ることが多い  
不健康だと思う  
まあまあ健康だと思う  
なかなか健康的だと思う

..... ありがとうございました