

# 問 診 表

この質問は、病気の診断や治療方針を立てる参考にいたしますので、  
できるだけ正確にご記入下さい。

ふりがな 氏 名	男 ・ 女	明・大 昭・平	( )才 年 月 日
住 所 〒			
TEL		携帯電話	
勤務先 (学校名)		職種 (学年)	

- 通院できる曜日・ . . . . . 月 火 水 木 金 土
- ご希望の時間帯・ . . . . . 午前 ( ) 時頃、午後 ( ) 時頃
- 現在、病院に通院されていますか？ . . . . . はい (病名 ) いいえ
- 現在、妊娠中ですか？ (女性の方) . . . . . はい いいえ
- 現在、痛みはありますか？ . . . . . はい いいえ  
→痛みがある方：いつ頃からですか？ . . . . . ( ) 頃  
→痛みがある場所は、どこですか？当てはまる項目をチェックしてください。
- 右上親知らず  右上奥歯  上前歯  左上奥歯  左上親知らず
- 右下親知らず  右下奥歯  下前歯  左下奥歯  左下親知らず
- 今回の治療では？  
 痛いところだけ治したい  
 悪いところは全部治したい
- 治療にかかる時間 (期間) のご希望は？  
 一回の治療時間が長くても、できるだけ短期間で治療を終わらせたい。  
 通院期間が長くても、一回の治療時間を短くしてほしい。

※2枚目もご記入ください。



● その他の症状やご希望があればチェックしてください。

- |  |                                    |                                 |
|--|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる         | <input type="checkbox"/> 温かいものがしみる | <input type="checkbox"/> 噛むと痛い  |
| <input type="checkbox"/> つめものが取れた（いつ頃ですか？） |                                    | <input type="checkbox"/> 虫歯がある  |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい           | <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い     | <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる           | <input type="checkbox"/> 歯が折れた     | <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた |
| <input type="checkbox"/> 顎が痛い              | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい  | <input type="checkbox"/> フッ素希望  |
| <input type="checkbox"/> シーラント希望           | <input type="checkbox"/> 検診希望      | <input type="checkbox"/> クリーニング |
| <input type="checkbox"/> その他（              |                                    | ）                               |

● 現在、内科・耳鼻科疾患はありますか？・・・・・・・・・・・・・・・・ある ない

→「ある」の方：

- |                                  |                              |                                      |                              |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病     | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病         | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー体質 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（A・B・C） |                              |

● 薬を飲んで副作用はありますか？・・・・・・・・・・・・・・・・ある ない

→「ある」の方：薬の種類（

● 歯科の麻酔をしたことがありますか？・・・・・・・・・・・・・・・・ある ない

→「ある」の方：そのとき気分が悪くなった事がありますか？・・・・・・・・ある ない

● 歯を抜いたことがありますか・・・・・・・・・・・・・・・・ある ない

→「ある」の方：そのとき体調に異常はありましたか？・・・・・・・・ある ない

→異常があった方：

- |                                     |   |                                    |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血が止まらなくなった | <input type="checkbox"/> 貧血をおこした              | <input type="checkbox"/> 何日も腫れ、痛んだ |
| <input type="checkbox"/> 抜けにくかった    | <input type="checkbox"/> ドライソケットになった（血餅が出来ない） |                                    |

● 当院をどのように知りましたか？

- |   |                             |                                 |                                |
|---|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット        | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> パンフレット | <input type="checkbox"/> 家族が通院 |
| <input type="checkbox"/> 紹介されて（紹介者のお名前： |                             |                                 |                                |

● その他に、ご意見・ご希望などがあればご記入ください。

（

）  
ご協力ありがとうございました。

