

問診表（新患）

記載日 令和 年 月 日

氏名 _____ 男 女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 _____ 歳

〒 _____ 電話 (_____) _____

住所 _____ 職業 _____

通院に便利な曜日・時間帯

どの曜日でも良い

⇒ 午前・午後 どちらでも良い ・ 午前中が良い ・ 午後が良い ・ 夕方が良い

希望の曜日がある

⇒ 月 (午前中 ・ 午後 ・ 夕方 ・ ____:____ごろが良い)

火 (午前中 ・ 午後 ・ 夕方 ・ ____:____ごろが良い)

水 (午前中 ・ 午後 ・ 夕方 ・ ____:____ごろが良い)

木 (午前中 ・ 午後 ・ 夕方 ・ ____:____ごろが良い)

金 (午前中 ・ 午後 ・ 夕方 ・ ____:____ごろが良い)

土 (午前中 _____:____ごろが良い)

1 どうなさいましたか（複数個可）

<歯>

- 虫歯の治療をしたい
- つめ物・かぶせ物が取れた
- 歯がしみる (____日前から)
- 痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)

<予防>

- 歯石をとりたい
- クリーニングをしたい
- 健診(歯と歯茎のチェック)を受けたい

<歯茎>

- 出血する
- 腫れている
- 痛い

<歯のかたち、色>

- 歯のかたちを治したい
- 歯の色を治したい

<入れ歯>

- 入れ歯があわない
- 入れ歯が壊れた

<小児>

- フッ素
- シーラント

<その他>

⇒ 2枚目へおすすみください。

2 以前かかっていた歯科を教えてください

例: アップル歯科 (年前に受診 3ヶ月前に受診 日前に受診)

- ・ _____ (年前に受診 ヶ月前に受診 日前に受診)
- ・ _____ (年前に受診 ヶ月前に受診 日前に受診)
- ・ _____ (年前に受診 ヶ月前に受診 日前に受診)

3 今までに、歯を抜いた時や外傷で異常出血をしたことがありますか

なし あり (血が止まらなかった 貧血 その他: _____)

4 ご自身の歯磨きについて教えていただけますでしょうか？

- ・1日の歯磨き回数 ()回
- ・歯磨きの時間 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
- ・歯口清掃器具の使用 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ

5 いままで、歯の定期健診をしていましたか？

毎月 3ヶ月に1回 4か月に1回 6か月に1回 1年に1回
 していない

6 内科的な疾患はありますか

なし 骨粗鬆症 心臓病 糖尿病 腎臓病 血液凝固系疾患
 肝炎 (_____ 型) 高血圧 (最高: _____ 最低: _____)
 アレルギー (原因: _____) ぜんそく (原因: _____)
 その他 (_____)

7 かかりつけの医師から、気をつけるように言われていることはありますか

なし あり (内容: _____)

8 現在、薬を飲んでいますか (複数個 可)

いいえ はい ⇒ 痛み止め 血液をサラサラにする薬 (抗凝固薬)
 骨粗鬆症の薬 高血圧の薬
 その他、通院している病院から処方されている薬

⇒ ※ お持ちのお薬手帳、もしくは服薬説明書を受付に提出されてください

⇒ 3枚目へおすすみください。

9 薬を飲んで、副作用を起こしたことはありますか

いいえ はい ⇒ (薬剤名: _____)

10 女性の方にお聞きします。妊娠(あるいは授乳)なさっていますか

いいえ はい ⇒ (妊娠____ヶ月 / 授乳中)

11 お子様の場合、お聞きします。今までに、歯科にかかれたことはありますか

なし あり

12 歯科が苦手でしょうか⇒ いいえ はい

13 当院にお見えになったのは

初めて (看板・ホームページ) を見て 以前来ていた(約 ____ 年前)
 紹介されてきた → ご紹介者(_____) 家族が来ている

14 上記の質問 1～13 以外で、何か 歯科医師に伝えておきたいことはありますか？

ある場合は、助手が詳しい内容をお伺いしますので「はい」にチェックをお願いします。

いいえ はい

ご記入ありがとうございました。

※ 当院は症状の記録のため、口腔内写真を撮影することがあります。写真は研究発表やHPに掲載されることもありますが、個人の特定はできない状態にて使用しますのでご安心ください。