

歯科問診票

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前		明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 -	電話	() -
		携帯電話	- -
		メールアドレス	@
ご職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職		

① あなたは当院をどのように知りましたか？

- ネット検索 (ワードは) ポスター広告 医院前 チラシ・リーフレット
 家族・知人 (紹介者： 様) その他 ()

② 本日はどうなさいましたか？ (当てはまる所はすべてチェックして下さい)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い・腫れている クリーニング・歯石除去したい
 入れ歯が合わない 口臭が気になる ホワイトニングしたい
 検診希望 白いかぶせ物を入れたい その他()

③ 治療に関するご希望をお聞かせ下さい。

④ 過去または現在、内科的な病気はありますか？

- ない ある 通院中 (病院名 病名)

⑤ 女性の方、現在妊娠されていますか？

- いいえ はい (月) 可能性がある

⑥ 生活習慣についてお聞きします。

・1日の歯みがきの回数（ ）回

・歯みがきの時間 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

・習慣的に飲まれているもの 炭酸飲料 ジュース 日本茶 その他（ ）

・間食について 食べない 決まった時間に食べる たまに食べる（不規則）

・歯のお掃除には何をお使いですか？ 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ その他 なし

・喫煙されますか？ する しない 過去にあり

・睡眠時間について 十分 やや不足 不足

・歯みがきの方法を習ったことがありますか？ ある ない

ご記入ありがとうございました。

----- こちらは歯科医師が記入致します -----

・歯科治療における偶発症の有無

なし あり 症 状 _____

・投薬による副作用の有無

なし あり 薬品名 _____ 症 状 _____

・現病歴、既往歴

肝臓 [A・B・C・慢性・アルコール] 肝炎

心臓 病 名 _____ 症 状 _____

骨粗しょう症 投 薬 _____

糖尿 HbA1c _____

高血圧 値 _____ / _____ 投薬 _____

その他 _____