

# 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日	通院できる曜日・時間帯
氏名	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	月・火・木・金・土 AM・PM ( : ~ : )
住所 〒 —		日中連絡可能な電話番号 自宅 — — 携帯 — —
≪職業等≫ 当てはまるものに○をお願いします 高校生・大学生 会社員・製造業・自営業・専業主婦 公務員・医療関係・教育関係・その他(		キャンセル待ち当日連絡 可・不可 勤務形態 フルタイム・パート・交代制 休日 固定休( 曜日)・不定休

≪来院理由≫ 当てはまる項目にすべて○をつけ、内容を記入してください

①どのあたりが気になりますか？

( 右 ・ 左 ・ 上 ・ 下 ・ 前 ・ 奥 ) の ( 歯 ・ 歯ぐき ・ 舌 ・ 頬 ・ 顎関節 )

②症状はいつからですか？

今日 ・ 昨日 ・ \_\_\_\_\_日前 ・ \_\_\_\_\_週間前 ・ \_\_\_\_\_ヶ月前

③ どういう症状ですか？

- \* 歯が痛い 何もしなくてもズキズキする ・ 噛んだりすると痛む ・ 鈍い痛みがある  
( 冷たいもの ・ 温かいもの ・ 甘いもの ) で、しみる ・ 痛む
- \* はぐきが痛い ( 腫れた ・ 何もしなくても痛む ・ 膿が出る ・ 出血する ・ 傷か口内炎がある )
- \* 痛み止め \_\_\_\_\_を飲んだ ( 効いた ・ 効かない ) ・ 飲んでない
- \* 詰め物が外れた ( 外れたものは ある ・ ない )
- \* 入れ歯を作りたい ・ 入れ歯が壊れた ・ 入れ歯が合わない
- \* 検診を受けたい
- \* 歯石や着色汚れを取りたい
- \* その他

《治療へのご希望》

- \* 気になるところだけでいい ・ 悪いところがあれば治療したい
- \* \_\_\_\_\_のため、\_\_\_\_\_までに終わってほしい
- \* 保険の範囲で治したい ・ 説明を受けて自費も検討したい
- \* おおよその回数を知りたい ・ 金額を知りたい
- \* その他( )

≪お体の状態について≫ 現在治療中・経過観察中のもの、過去に治療し治癒したものを○で囲ってください。

高血圧症( / ) 糖尿病(直近のHbA1c ) 骨粗鬆症 脳血管疾患 逆流性食道炎 精神疾患  
ウイルス性肝炎(B・C) HIV(エイズ) 喘息 肺炎 心疾患 ガン( ) その他( )

≪服用中のお薬やサプリメント≫ \* お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。本日なければ、次回必ずご持参ください。  
なし ・ あり ( )

≪アレルギー等≫ 過去の歯科治療における異常があれば詳しくお書きください  
なし ・ あり (薬 食品 その他 )

≪女性の方のみお答え下さい≫

現在妊娠の可能性が ない ・ ある ・ 妊娠中( 月、予定日 / ) ・ 授乳中

裏面もご記入ください

はみがきや生活習慣について、当てはまる項目にすべて○をつけ、内容を記入してください

- \*最後に歯科を受診したのはいつごろですか？ ( )
- \*今まで歯科衛生士による歯みがき指導などを受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
- \*歯磨きをしているタイミングと、それぞれにかかる時間を教えてください？  
起床時( )分・朝食後( )分・昼食後( )分・夕食後( )分・就寝前( )分
- \*どんな歯ブラシを使っていますか？  
電動 ブラウンオーラルB ・ ソニックエアー ・ ドルツ ・ その他( )  
手用 毛の硬さ : かため ・ ふつう ・ やわらかめ ・ 動物毛  
毛先の形 : 先細タイプ ・ フラットタイプ ・ その他( )  
お気に入りのメーカーがあれば教えてください ( )
- \*歯ブラシ以外に使っているものはありますか？  
・フロス(糸) : Y字タイプ F字タイプ(糸ようじ) 手指巻きタイプ  
・歯間ブラシ : サイズ( )・不明 ・ ゴムタイプ  
・洗口液 ( )  
・舌ブラシ ・その他( )
- \*歯磨き剤は何を使っていますか？選ぶ際のポイントは何か？ 現在使用中のメーカー・品名( )  
・フッ素入り(1450ppmF・その他) ・ホワイトニング・ヤニとり ・その他( )  
・歯周病予防効果を重視している ・価格が安い  
・知覚過敏を防ぐことができる ・特にこだわりはない
- \*歯磨き後のうがいは何回していますか？ ( )回
- \*間食について  
・口さみしくなって頻繁に何か飲んだり食べたりしてしまう  
・デザートや間食で1日1回程度  
・ほとんど食べない  
( どんなものがお好きですか？ )  
チョコレート ・ スナック菓子 ・ あめ ・ ガム ・ アイスクリューム ・ グミ ・ 果物 ・ その他( )  
( 間食時に一緒に組み合わせる飲み物はなんですか？ )  
・麦茶・緑茶等 ・フルーツジュース  
・コーヒー(ブラック・砂糖入・ミルク入) ・牛乳  
・紅茶(ストレート・砂糖入・ミルク入・レモン入) ・その他( )  
・炭酸飲料(コーラなど)
- \*お酒はのみますか？  
いいえ ・ はい (週に )日、 )杯程度) ビール ・ 焼酎 ・ ワイン ・ その他( )
- \*以下のもので、好きなものやよく摂取するものに○をつけてください  
酢の物 ・ 梅干し ・ 栄養ドリンク ・ 柑橘類 ・ 野菜ジュース ・ 飲むお酢 ・ スポーツドリンク ・ ドレッシング  
乳酸菌飲料 ・ 酸っぱい味付けのもの ・ 甘い味付けのもの ・ その他( )
- \*タバコは吸っていますか？  
全く吸わない ・ 過去に吸っていたことがある ・ 吸っている (1日 )本、 )年くらい)
- \*寝ている間に歯ぎしりをしている可能性はありますか？ ( ある ・ ない ・ 分からない )

たくさんの項目をご記入頂きありがとうございました