受付　　年　　月　　日

問　診　票

[ｶﾙﾃ NO.　　]

ふりがな お名前	男 女	生年月日　大正 昭和 平成　年　月　日生	年齢 歳
自宅住所：〒		自宅☎　(　　) 携帯☎　(　　)	
勤務先名：		職業：	
【初めてご来院の方へ】		学校名（学年）：	

診療室に入っていただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔内写真を撮らせて頂くことがあります。
当院では、診療内容について充分な御説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたら御遠慮なくお尋ねください。

※お答えは〇印で囲んでください

①当院にお見えになったのは？
1.はじめて
2.以前に来たことがある

②どうなさいましたか？
1.歯が痛い　2.歯がしみる
3.歯ぐきが痛い　4.歯がｸﾞﾗつく
5.歯ぐきから出血する　6. 口臭
7.入れ歯が壊れた　8.入れ歯が痛い
9.入れ歯を新製したい
□詰め物・かぶせたものがとれた
□親知らずをみてほしい
□口が渇く　□舌の異常
□あごの調子がおかしい
□歯並びが気になる
□歯石除去　□虫歯の検査
□歯周病の検査　□ﾌｯ素塗布
□その他(　　)

③今の健康状態は？
1.良好　2.普通　3.よくない
4.妊娠中(　　ヶ月)　5.授乳中

④気になる習癖はありますか？
1.歯ぎしりをする　2.口で呼吸をする
3.爪をかむ　4.指しゃぶり
5.その他(　　)

⑤タバコは吸いますか？
1.はい　1日に(　　)本　2.いいえ

⑥治療範囲のご希望
1.悪いところは全部
2.今、痛いところだけ
3.必要性に応じて

⑦特異体質・ｱﾚﾙｷﾞｰはありますか？
1.はい　お薬/食べ物:(　　)
金属ｱﾚﾙｷﾞｰ/ﾊｳｽﾀﾞｽﾄ/花粉症/ﾗﾃｯｸｽ
その他(　　)
2.いいえ

⑧これまでに歯科治療で麻酔や抜歯を受けたことはありますか？
【麻酔】1.はい　2いいえ
【抜歯】1.はい　2.いいえ
そのとき何か異常はありましたか？
1.麻酔がなかなか効かなかった
2.気分が悪くなった
3.抜歯後、血が止まりにくかった
4.特になし　5.その他(　　)

⑨今までにかかった病気は？
1.高血圧症　2.低血圧症　3.貧血
4.糖尿病　5.心臓病　6.腎臓病
7.脳血管障害　8.血液疾患　9.喘息
□がん・腫瘍　□耳鼻科系疾患　□ﾘｳﾏﾁ
□肝疾患(B型肝炎/C型肝炎)
□その他(　　)

⑩現在、他の医療機関に通院中ですか？
1.はい⇒(病名/医院名　　)
(薬品名:　　)
2.いいえ

⑪骨粗鬆症の治療を受けていますか？
1.はい→(薬の種類・名前:　　)
2.いいえ

⑫抗凝固薬(血液さらさら)を服用していますか？
1.はい⇒(薬の名前:　　)
2.いいえ

⑬治療についてのご希望
1.全て保険範囲内
2.自費治療でもかまわない
3.保険以外の治療についても説明を聞いてみたい