

# 問診票 - 1

記入日 . . .

フリガナ -----	男・女	生年月日 . .	TEL 自宅 ( ) - 携帯 ( ) -
氏名			
住所 〒	ご紹介者		

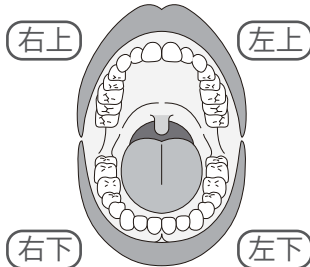
★ご予約日をメール（SMS）でお届けします  配信を希望します（上記以外の携帯（ ） - ）  受付記入欄

あなたのの体質と状態を知り、最も適した治療を進める上で大切な資料となります。  
お手数ですが、次の事項の該当するところに、✓又は（ ）内へご記入願います。

## 1. 来院の目的

- |                                  |                                     |                                   |                                    |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い    | <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい    | <input type="checkbox"/> 歯がしみる    | <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い    |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきの異常  | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする   | <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる | <input type="checkbox"/> 口の中が乾きやすい |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい | <input type="checkbox"/> 硬いものが噛みづらい | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                    |

・気になる部位は



・いつ頃からですか？

- 今日初めて  
 日前から  
 ずっと前から  
 ときどき

## 2. 治療について

・治療についてのご希望は

- 悪いところは全部治したい  痛いところ、希望のところのみ治したい  
 虫歯の治療だけでなく歯の健康管理もやってほしい  
 転勤や引越しなどで ( ) までに治療を終わらせたい  
 その他 ( )

・薬や注射等で異常があったことはありますか

- ある  ない

・少しの傷でも出血が止まりにくかったことはありますか

- ある  ない

## 3. お口のお手入れについて

・歯みがきする時は  朝起きた後  食後（朝・昼・夕）  眠る前

・1回の時間は 約 ( ) 分

・歯みがき剤は使用しますか

- する（歯みがき剤名： )  
 しない

・歯ブラシ以外の清掃用品使用しますか

- する（ フロス ・ タフトブラシ ・ 歯間ブラシ ・ その他 ( ) )  
 しない



## 問診票 - 2

### 4. 生活習慣について

- ・喫煙習慣 あり（ 本 / 日） 以前あり なし
- ・睡眠時間 約（ ）時間
- ・間食の取り方 規則的 不規則 あまりしない
- ・よく飲む飲み物 あり（ ） なし

### 5. 体質について

- ・アレルギー体質ですか  
はい（ ） いいえ
- ・通院中、治療中の病気はありますか  
高血圧 糖尿病 脳血管疾患 心臓疾患 喘息 骨粗鬆症  
肝臓病 アレルギー（ ） その他（ ）  
ない
- ・服用中のお薬はありますか ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします  
はい（薬名： ） いいえ
- ・肝炎を患ったことはありますか  
肝炎 A型・B型・C型（ 通院中 ・ 完治 ） いいえ
- ・今までにかかったことのある病気はありますか  
高血圧 糖尿病 脳血管疾患 心臓疾患 喘息 骨粗鬆症  
肝臓病 アレルギー（ ）  
その他（ ）  
ない

### 6. 女性方にお伺いします

- ・現在妊娠・又はその可能性は  
ある（ ヶ月） ない
- ・現在授乳中ですか  
はい いいえ

### 7. 治療方法について

- 健康保険の範囲内で行いたい
- 健康保険外でもよい方法があれば相談したい

### 8. その他、何かご希望がありましたらお書き下さい

( )



当院はご記入頂いた問診票に基づき初診カウンセリングを行い、治療に対するご希望や不安に思うことなどを伺った上で治療を行ってまいります。