

問診表 No.

太枠内をご記入ください

令和 年 月 日

フリガナ			性別	男	女
お名前	(氏)	(名)	生年月日	年	月 日
ご住所	〒 -				
電話番号	( ) -		携帯	( ) -	

よりよい診療を行うため、お手数ですが下記の質問にご記入ください。

今日はどうされましたか？			
症状はいつから始まりましたか？			
その部位はどこですか？ (だいたい結構です)	例: 右上、前歯下		
歯医者(他院も含めて)に来るのはいつ以来ですか？			
痛み止めを飲みましたか？	飲んだ ( 時間前)	飲んでいない	今すぐ飲みたいほど痛みがある
現在の健康状態は？	良い	普通	悪い
現在かかっている全身の病気は何かありますか？	病名	病院名	
現在常用しているお薬は何かありますか？	薬名	お薬手帳など (有・無)	
アレルギーは何かありますか？	ない	ある	(あるなら)薬・食品・金属名【
歯を抜いたことはありますか？	ある ( 年前)		ない
歯の治療で具合が悪くなったり、困ったことはありますか？	ない	ある	(あるなら)その状態【
治療費について	保険の範囲内で治療したい	費用の概算を聞いて決めたい	最も良い材料で治療したい
歯の治療をどう思いますか？	なんともない	何とか我慢できる	恐ろしくて気分が悪くなる
どちらかに丸をしてください	この機会に悪いところを全部治したい (継続治療)		痛むところだけでよい (短期治療)

以下の質問は普段の習慣についてお聞きします

歯磨き習慣について	歯磨時(全てに○)	起床後	朝食後	昼食後	夕食後	就寝前	その他
	所要時間	1回の時間 ( )分くらい					
歯ブラシ以外の清掃具の使用	ない	フロス	歯間ブラシ	その他( )			
受動喫煙について (あれば期間も記入してください)	全くない	以前受動喫煙があった ( )年前まで( )年間		受動喫煙がある ( )年間			
習慣的飲料について	ない	ある	(あるなら)その種類【				
間食の取り方	不規則		規則正しい		あまりしない		
睡眠時間について	平均約( )時間						
治療に対するご希望・ご相談							

~~~~~以上になります。ご記入お疲れ様でした。~~~~~