

問診表 No.

太枠内をご記入ください

平成 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？	初めて	日前	か月前	年前	覚えていない
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【 】		
(女性のみ)妊娠していますか？	はい (週)		いいえ		
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	歯磨き時(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()		
喫煙習慣について (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	以前喫煙していた ()年間	受動喫煙がある ()本/日	現在喫煙している ()年間	
習慣的飲料について (飲酒も含む)		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。~~~~~