

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？	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			
歯の治療で具合の悪くなったり、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()			
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。~~~~~