

問 診 表

(NO _____)

この問診表は歯科診療に必要な参考資料として使用するとともに、厳重に管理しプライバシーを厳守致します。

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
〒 住 所	自宅電話	
	携帯電話	
勤務先	勤務先電話	
紹介者様	この問診表を記入された方	本人 ・ 本人以外 (続柄 _____)

- あなたが来院された理由は何ですか。
 - ① 検診
 - ② 虫歯の治療 (痛い・しみる・穴 等)
 - ③ 詰め物・被せ物が取れた
 - ④ 歯周病 (歯ぐきが腫れた・血が出る・歯が動く 等)
 - ⑤ 口臭が気になる
 - ⑥ 歯の清掃 (クリーニング)
 - ⑦ 歯の色が気になる
 - ⑧ 入れ歯を入れたい
 - ⑨ 入れ歯があたる
 - ⑩ 歯並びが気になる
 - ⑪ あご (関節) が気になる (痛い・異音 等)
 - ⑫ スポーツ外傷防止のマウスガードを作りたい
 - ⑬ その他 (_____)
- 気になる場所はどこですか。
 - ① 右上
 - ② 上前歯
 - ③ 左上
 - ④ 右下
 - ⑤ 下前歯
 - ⑥ 左下
 - ⑦ 全部
 - ⑧ その他 (頬 ・ 舌 ・ 口唇 (くちびる) ・ 顎 (あご) ・ のど)
- 今までに歯を抜いたことはありますか。
 - ① ない
 - ② ある (_____ 年 _____ 月 頃)
- 麻酔注射をしたり、歯を抜いたりしたときに異常はありましたか。
 - ① ない
 - ② 気分が悪くなった
 - ③ 貧血を起こした
 - ④ 熱が出た
 - ⑤ 血が止まりにくかった
 - ⑥ アレルギーが出た
 - ⑦ 何日か痛んだ
 - ⑧ その他 (_____)
- 内科的な病気はありますか。
 - ① ない
 - ② ある (a 心臓疾患 b 高血圧 c 血液疾患 d 呼吸器疾患 e 胃腸疾患 f 肝臓疾患)
(g 腎臓疾患 h 糖尿病 i 代謝性疾患 [骨粗しょう症など] j その他)
(具体的病名 _____)
- 現在、服用している薬はありますか。
 - ① ない
 - ② ある (服用薬名 _____)

※ 薬を服用している方は、受診当日に必ず「お薬手帳」または「薬剤情報提供書」をご持参ください。
- (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか。
 - ① いいえ
 - ② はい (妊娠 第 _____ 週)
- 治療についてのご希望はありますか。(複数選択可)
 - ① 気になる所だけ治療したい
 - ② 悪い所は全部治療したい
 - ③ 保険の範囲で治療したい
 - ④ 必要であれば保険外の治療も考えている
 - ⑤ 診査結果によって決めたい
- その他、ご希望があればご記入ください。

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

栃木県歯科医師会 (2009, 10)