

# 問 診 表

記入日 年 月 日

問診表は患者さんご自身の安全と、より良い治療を受けていただくための大切な資料となります。プライバシーは遵守いたしますので、正確にご記入ください。

フリガナ	性別	男	女	年齢	歳
氏名	生年月日	大正 昭和 平成		年	月 日
ご住所 〒	日中のご連絡先（ご勤務先）				
TEL	-	-	TEL	-	-
携帯電話	-	-	（ご勤務先にクリニック名で連絡して 可・不可）		
E-mail					

## どうなさいましたか（該当するものを、すべて選んでください）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 歯根破折について相談したい               | <input type="checkbox"/> 歯が（痛い しみる 欠けた 虫歯 ぐらぐら）  |
| <input type="checkbox"/> インプラントについて相談したい             | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが（痛い 腫れた 出血がある）      |
| <input type="checkbox"/> あごの痛み・噛み合わせについて相談したい        | <input type="checkbox"/> （詰め物 かぶせ物 差し歯）が 取れた 壊れた |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい（ホワイトニング）            | <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング（PMTC）検診を受けたい   |
| <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを希望（インプラント・その他の治療） |  |
| <input type="checkbox"/> その他（                        | ）  |

## 歯科治療の経験について

- |                    |  |
|--------------------|--|
| ・麻酔の経験はありますか？      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                              |
| ・麻酔で異常はありませんでしたか？  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br>(気分が悪くなった/心臓がドキドキした/その他)  |
| ・歯を抜いたことはありますか？    | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                              |
| ・その際、異常はありませんでしたか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br>(気分が悪くなった/血が止まりづらかった/その他) |

## 内科疾患について

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ・現在の健康状態は？                         | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良  |
| ・過去または現在、内科疾患はありますか？               | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧<br><input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ちくのう症 <input type="checkbox"/> その他（病名） |
| ・薬や食物アレルギーはありますか？                  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →（）  |
| ・常用薬はありますか？                        | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →（）  |
| ・そのうち、血液をサラサラにする薬や骨粗しょう症の薬を服用中ですか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →（）  |
| ・喫煙の習慣はありますか？                      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →（）本/1日  |
| ・女性の方へ 妊娠中、またはその可能性はありますか？         | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある  |

## 診療のご希望について

- |           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| ・治療範囲について | 主訴部分のみ / 悪いところは全て / 医師と相談してから |
| ・予約時間について | 特定の時間はない / （）曜日 / （）時頃        |

## 当クリニックへの来院動機は？

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| ご紹介 / 紹介者のお名前（    | ） / 看板等を見て |
| インターネット / 検索エンジン（ | ） / 通院に便利  |

ご協力ありがとうございました。準備ができ次第、診療室にご案内いたします。