

問 診 票			
フリガナ	生 年 月 日		年 齢
お名前	西 暦	年 月 日	歳
ご住所	〒 (アパート・マンション名までご記入ください) 都・道 区・市 府・県 群		
電話番号	(自宅)	(携帯)	(緊急連絡先)
		ご職業	

来院された理由について					
部位はどこですか？		いつ頃から	☐ 今日 ☐ ()日前 ☐ ()週間前 ☐ ()ヶ月前 ☐ それ以前 ☐ 分からない		
左上	上前	右上	歯	☐ 歯が痛い ☐ 歯がしみる ☐ 歯が欠けた ☐ 詰め物が取れた（取れたもの ☞ ある・ない） ☐ 親しらずを抜きたい	
左下	下前	右下			
			歯以外	☐ 顎が痛い ☐ 口臭が気になる	
			歯ぐき	☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 歯ぐきが痛む ☐ 歯が揺れている ☐ 歯ぐきから血が出る	
			入れ歯	☐ 入れ歯が壊れた ☐ 入れ歯が合わない（痛み ☞ あり・なし） ☐ 新しい入れ歯を作りたい	
			検診	☐ むし歯がないか検査したい ☐ 歯石や着色をとりたい	
			相談	☐ ホワイティングの相談 ☐ 矯正の相談 ☐ インプラントの相談 ☐ その他（ ）	

過去の歯科治療について
☐ 麻酔が効きにくかった ☐ 血が止まらなかった ☐ 気分が悪くなった ☐ 腫れた ☐ 熱が出た ☐ アレルギーが出た ☐ その他（ ）

お身体の状態について	
●現在のお身体の状態はいかがですか？	
☐ 普通・良好	☐ 不良
●現在飲んでいるお薬はありますか？	
☐ ある（薬の名前：	）
☐ ない	
●アレルギーはありますか？	
☐ ある 食べ物（	）
薬（	）
金属・ラテックス・その他（	）
☐ ない	
●妊娠について（女性の方のみ）	
☐ 妊娠中（ ヶ月）	☐ 妊娠の可能性がある
☐ 授乳中	

現在または過去にかかった病気について

□心疾患	□血液疾患	□脳梗塞	□てんかん
□肝疾患	□肝炎ウイルス（ 型）		
□胃腸疾患	□甲状腺疾患	□肺炎	□ぜんそく
□糖尿病（HbA1c： ）	□骨粗鬆症		
□高血圧（ / ）	□貧血	□リウマチ	
□その他（病名： ）			

喫煙について	
●タバコは吸いますか？	
☐ 吸う（ 本 / 日）	☐ 吸わない

当院を知ったきっかけについて

☐ ホームページ ☐ 看板・チラシなど ☐ SNS

☐ ご紹介（ 様） ☐ その他（ ）

治療へのご希望について	
☐ 悪いところは全部治したい ☐ 検査をして相談してから決めたい ☐ 今回は気になるところだけ治したい	
☐ 保険・自費に関わらず自分に合った治療を希望 ☐ 保険の適用範囲での治療を希望	
☐ 保険適用範囲での治療に限度があるのであれば、自費治療の説明を受けた上で検討したい	
その他ご希望（	）