

# 問診票

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答え下さい。個人のプライバシーは厳守致します。  
ご記入いただきました個人情報は、当院の治療以外の目的では利用いたしません。



金沢  
まごころ歯科

記入日 年 月 日 (No. )

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生	歳
氏名		女	携帯メールアドレス	@			
住所 ご連絡先	〒	ご自宅TEL ( ) - ( ) - ( ) 携帯TEL ( ) - ( ) - ( )					
ご勤務先名		メールアドレス	@				
		ご勤務先TEL	( ) - ( ) - ( )				

## ■ 現在の健康状態を教えてください

- 特に問題はない  喫煙中(一日 本)  過去喫煙歴あり(はい・いいえ)  
 妊娠している(現在 ヶ月)  
 健康診断を受けていますか?(はい・いいえ) 前回の健康診断はいつですか?( )  
 通院中( 病院 科)

## ■ 病歴について教えてください

- 特になし  
 高血圧  低血圧  貧血  喘息  
 心臓病(狭心症・心筋梗塞)  不整脈  糖尿病(HbA1c )  腎臓病( )  
 肝臓病  肝炎(A B C)  透析中(透析曜日 )  
 脳疾患( )  骨粗鬆症  甲状腺疾患  その他

## ■ 血圧について教えてください

- 定期的に血圧を測っている(はい・いいえ) 最高血圧/最低血圧( / )

## ■ お薬について教えてください

- 服薬していない  服薬している(お薬手帳の提示をお願いいたします)

## ■ 次のようなことはありますか?

- 傷が化膿しやすい  じんましんが出る(原因: )  内炎がすぐできる  嘔吐反射が強い  
 薬で胃炎や下痢になる  血が止まりにくい  腔乾燥がある  唇が切れやすい

## ■ アレルギーについて教えてください

- アレルギーはない  
 薬物アレルギーがある(診断あり )  
 食物アレルギーがある(診断あり )  
 金属アレルギーがある(診断あり )

## ■ 以前歯を抜いたことがありますか?

- なし  
 あり その時どうでしたか?  
 何ともなかった  血が止まりにくかった  熱が出た  何日も痛かった  
 気分が悪くなった  その他( )

## ■ 当院を何で知りましたか?

- ご紹介( 様)  インターネット(検索内容 )  
 最寄りの歯医者  看板  広告  
 その他( )

## ■ 当院のホームページをご覧になったことはありますか?

- ある(  パソコン  携帯・スマホ )  なし

■ 今日はどうされましたか？

- 健診したい                       虫歯がある・詰め物が取れた                       歯が痛い（右・左）  
 歯石・着色が取りたい               歯がグラグラする                       歯茎が痛い（出血する・腫れた）  
 歯がないところを治したい（保険・インプラント・自費入れ歯）  
 入れ歯が痛い・新しくしたい（保険・自費）                       顎が痛い（開ける時・咬む時）  
 歯並びが気になる  
 その他

■ 心配や不安なことがあれば教えてください

- 臭              いつ頃から（                      ）                       歯周病              いつ頃から（                      ）  
 □むし歯              いつ頃から（                      ）                       歯並び              いつ頃から（                      ）  
 □歯の着色              いつ頃から（                      ）                       咬みにくい              いつ頃から（                      ）  
 □見た目              いつ頃から（                      ）                       治療費                       治療期間  
 □その他（                      ）                      )

■ 前回の歯科治療はいつですか？

（              年              何月頃 ） ・ （ 覚えていない ）  
 最終歯科受診で完治した（ はい ・ いいえ ）  
 治療途中の場合、理由を教えてください  
 （理由：                      ）

■ 生活習慣について教えてください

- 1：習慣的飲料物は何ですか？                      4：歯口清掃器具の使用               なし               あり  
 炭酸飲料               ジュース               その他（                      ）                       歯ブラシ               電動ブラシ               フロス  
 2：食事の回数は1日何回ですか？                       歯間ブラシ               その他（                      ）  
 （                      ）回 / 1日                      5：歯ブラシ・電動ブラシのヘッドはどれくらい  
 3：間食はとりますか？               なし               あり                      で交換しますか？  
 時間（                      時）              内容（                      ）                      （                      ）

■ 診療についてのご希望

- 治療が必要なところの治療をしたい                       できるだけ歯を残していきたい  
 悪いところは全て治療したい                       検査と説明を聞いてから治療する場所を決めたい  
 必要なら自費治療でも治療したい                       全て保険治療で治療したい  
 自費診療でも最良（見た目・材料）の方法で治療したい  
              月              日までに治療を終わらせたい（理由：                      ）

■ ご予約時間について（ご希望時間帯に○をつけてください）

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
5時以降						

土曜日と平日5時以降のご希望の患者様で、当日や前日などでキャンセルが出た場合、ご予約を早めてご案内するためにご連絡をさせていただいてもよろしいでしょうか？（はい・いいえ）