

〈問診票〉

記入日 年 月 日

お名前	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
		電話番号	
ご住所	〒	メールアドレス	
		勤務先 学校名	

1. 本日はどうされましたか？（複数回答可）

- 歯が痛い 歯ぐきから出血する 歯石をとってほしい 検診をしてほしい
 つめ物・かぶせ物が取れた 入れ歯が合わない・作りたい 歯周病が気になる
 歯を白くしたい あごの調子が悪い その他 ()

それはいつ頃からですか？

- () 日前頃 () 週間前頃 () ヶ月前頃 その他 ()

2. 歯科で麻酔をしたことがありますか？

- ない ある（「ある」と答えた方は、以下のご質問にもお答えください）
 異常があった { 気分が悪くなった 動悸がした 貧血をおこした 頭痛がした }
 異常はないが麻酔が効かなかった 異常はなかった

3. 歯を抜いたことはありますか？

- ない ある（「ある」と答えた方は、以下のご質問にもお答えください）
 異常があった { 血が止まらなかった 熱が出た 気分が悪くなった 貧血をおこした }
 痛みが長く続いた }
 異常はなかった

4. 内科的な病気はありますか？ ★お薬手帳をお持ちでしたら、受付までお申し出ください

- ない ある（「ある」と答えた方は、以下のご質問にもお答えください）
 心臓疾患 不整脈 高血圧 低血圧 肝炎 アレルギー 糖尿病 ぜんそく
 その他の病気 () かかりつけ医院名： ()

▼裏面もお答えください。▼



医療法人
みどり歯科医院

5. 特異体質・アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ） 使えないお薬などがあればご記入ください：（ ）	
6. <女性の方へ>現在妊娠中、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中【 週／予定日 月 日】 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	
7. 喫煙はされますか？ <input type="checkbox"/> はい【1日 本程度】 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 禁煙した【 前まで喫煙】	
8. 間食はしますか？ <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則	9. 睡眠時間はどの程度ですか？ 1日平均（ ）時間
10. 麻酔をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった）	
11. 歯磨き習慣について	
時間帯	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
1回の時間	約（ ）分
使うもの	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他（ ）
12. 治療において重要視する点をお教えてください。（複数回答可）	
<input type="checkbox"/> 丈夫さ（つめ物・かぶせ物・入れ歯などができるだけ長持ちすること） <input type="checkbox"/> 再発リスク（虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐこと） <input type="checkbox"/> 美しさ（きれいな歯並びや白い自然な歯にできること） <input type="checkbox"/> 噛む能力（自分の歯と同じように噛めること） <input type="checkbox"/> 安全性（アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全であること）	
	
治療に関するご要望をお聞かせください。（自由にご記入ください） （例：痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい など）※特に無ければ未記入で大丈夫です。	
当院をお知りになった理由はなんですか？ ※複数回答可	
<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： _____様） <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ポータルサイトを見て	

ご協力ありがとうございました。



医療法人
みどり歯科医院

(2024年12月作成)