



# 問診票

カルNo. \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名

男・女

生年月日

年

月

日

年齢

歳

〒

現住所

ご連絡先

TEL

携帯

- 1, 本日はどうなさいましたか? .....
- 2, お痛みはありますか? とても痛む 少し痛む 冷たいものがしみる 熱いものがしみる
- 3, 歯科治療の経験がありますか? ある \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 ない
- 4, 治療を受ける場合の希望をお訊かせ下さい。  
治療が必要なところ全て 現在、痛みや困っている部分 来院回数を少なくしたい  
1回の治療時間を短くしたい 良い材料・治療法があれば保険外でも検討したい
- 5, 歯科診療に対して不安がありますか? 非常に不安 不安 少し不安 特に不安はない
- 6, 歯科医療で麻酔を使用された経験がありますか? はい いいえ  
「はい」と答えた方で、麻酔（注射）の後に具合が悪くなった経験がありますか? ある ない
- 7, 麻酔アレルギー検査をご希望されますか? はい いいえ
- 8, お口のお手入れについて  
・歯磨きをする時は 起床後 食後（朝・昼・夕） 就寝前  
・一回の時間は（\_\_\_\_\_）分くらい
- 9, 喫煙習慣はありますか? あり（1日 \_\_\_\_\_本） なし 過去にあり
- 10, 食生活について  
・習慣的飲料物 あり（\_\_\_\_\_） なし  
・間食のとり方 不規則 規則正しい あまりとらない
- 11, 少しのケガや傷で出血が止まらないことがありますか? はい いいえ
- 12, 薬や食べ物等によるアレルギーはありますか? はい いいえ  
「はい」と答えた方にお尋ねします。どのような物でアレルギーが起きますか?  
薬 \_\_\_\_\_ 食べ物 \_\_\_\_\_ 貴金属 \_\_\_\_\_
- 13, 現在、他の医療機関を受診していますか? はい いいえ  
「はい」と答えた方は通院している医療機関名をお知らせください  
医療機関名 \_\_\_\_\_
- 14, 現在または過去にかかった病気がありますか?  
心臓疾患 肝臓病（A,B,C型肝炎, 肝硬変, 脂肪肝） 血液疾患 貧血 糖尿病  
高血圧 喘息 腎臓病 性病（梅毒, 淋病） HIV その他（\_\_\_\_\_）
- 15, 飲んでいるお薬はありますか?（薬名:\_\_\_\_\_）
- 16, 骨粗鬆症の治療を受けていますか?または、過去に受けた経験がありますか?  
ある（治療薬名: \_\_\_\_\_） ない
- 17, 血圧がわかる方は記入して下さい 最高 \_\_\_\_\_ 最低 \_\_\_\_\_
- 18, 女性の方のみお答えください 現在妊娠されていますか? はい(妊娠 \_\_\_\_\_ヵ月) いいえ
- 19, 当医院をどのようにしてお知りになりましたか?  
看板を見て 建物を見て 当医院のホームページを見て 小坂橋医院に通院していて  
ご家族、友人、知人の紹介で(ご紹介者氏名 \_\_\_\_\_様)
- 20, ご予約についてご希望がありますか?(曜日、時間帯など) ある( \_\_\_\_\_曜日 \_\_\_\_\_時頃) ない