



歯科問診票

初診日： 年 月 日

- フリガナ： _____
- 氏名： _____
- 生年月日：
昭・平・令 年 月 日
- 年齢： _____ 歳
- 住所： 〒 _____ 都・道・府・県
- TEL： _____
- ご自宅： _____

★お子さんはいますか？ いいえ・はい → 人

● 本日来院された理由は何ですか？ 当てはまるところ **全てに○をして下さい。**

- | | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| 歯が痛い | 歯がしみる | 歯が欠けた | 歯が折れた | 歯石を取りたい |
| 歯がグラグラする | 虫歯を治したい | 治療の続きをしたい | 詰め物が外れた・割れた | |
| 物が噛めない | 歯茎が痛い | 歯茎が腫れた・血がでる | | 口臭が気になる |
| 入れ歯が合わない | 入れ歯が割れた・壊れた | 入れ歯を作り直したい | | 口が開きにくい |
| 頸が痛い | 頸から音がする | 歯並びが気になる | 見た目が悪い | 歯を白くしたい |
| 歯の色が気になる | 歯茎の色が気になる | | インプラントをしたい | |
| その他【_____】 | | | | |

● お痛みがある方へ

- ・ お痛みのある箇所に✓をしてください。
歯 □ ・ 歯茎 □ ・ あごの関節 □ ・ その他 【_____】
- ・ ご自身から見たときの部位をお書きください。
例：右上奥から2番目、左上など 【_____】
- ・ いつからお痛みがありますか？
例：3日前、今日のお昼からなど 【_____】
- ・ どのように痛みますか？
例：ズキズキする、冷たい物で痛む 【_____】

◆ 歯の治療についてお答えください。

- ・ 歯の治療経験はありますか？ → ある □ ・ ない □

◆ あると答えられた方へ

- ・ 過去に治療を受けられて、どれくらいですか？ 【_____年 _____カ月ぶり】
- ・ 過去の治療での感想に✓をしてください。
痛かった □ ・ 怖かった □ ・ 優しかった □ ・ 通院が大変 □ ・ 便利 □ ・ 説明不足 □
よく理解できた □ ・ 予約が取れない □ ・ その他 【_____】
- ・ 他院で定期的なクリーニングに通っていましたか？
いいえ □ ・ はい □ → 【_____カ月毎】

◆ 女性の方へお聞きします。

- ・ 現在妊娠中・授乳中ですか？

いいえ □ ・ はい □ → 妊娠中【_____カ月】 授乳中【出産後 _____カ月】

- ・ 妊娠の可能性はありますか？

いいえ □ ・ はい □

ご職業

公務員 ・ 自営業 ・ 会社役員
会社員 ・ 医療関係 ・ 学生 ・ 主婦
パート ・ アルバイト ・ 無職
その他 (_____)

当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ ・ ネット ・ EPARK
職場が近所 ・ 家が近所 ・ 看板
身内 ・ 家族 ・ 紹介
紹介者お名前： (_____)

■持病やお薬についてお答えください

・該当する内容に✓、数値をお書きください。

鼻炎 · 喘息 · 花粉症 · 口内炎 · 血が止まりにくい

甲状腺疾患 · てんかん · 脳梗塞 · 腎臓病 · 心臓病 · 精神疾患

高血圧 → 【現在の数値： / mmHg】 · 糖尿病 → 【現在の数値： HbA1c】

肝炎 → 【 A型 · B型 · C型 】 · その他【]

・骨粗鬆症は歯科治療と関係性が深いと言われています。

骨粗鬆症と言われたことはありますか？ → いいえ · はい

骨粗鬆症のお薬を服用されていますか？ → いいえ · はい

薬名【]

・口の中に麻酔注射をしたことはありますか？

いいえ · はい → 気分が悪くなったことはありますか？ いいえ · はい

・お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ · はい → どんな薬/食べ物ですか？【]

・服用中のお薬はありますか？

いいえ · はい → 薬名【]

・お薬手帳はありますか？

いいえ · はい → 本日お持ちでしたら受付へご提示ください。

お忘れの方は次回必ずお持ちください。

・タバコは吸いますか？

いいえ · はい → 喫煙歴【 年 カ月】 · 1日【 本】

・かかりつけの病院（医科・歯科）はありますか？

いいえ · はい → 病院名【]

●治療のお考えについてお答えください。

・次の項目で重要視されている順に1～5の数字を入れてください。

一番重要視している物が1～の順になります。

丈夫さ	詰め物・被せ物・入れ歯が出来るだけ長く持つもの
美しさ	キレイな歯並びや白い自然な歯
かむ能力	自分の歯と同じように噛める
最小のリスク	虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ
安全性	アレルギーの心配が無く、できるだけ体に安全

●治療についてご希望はありますか？ ※複数回答可※

・ 時間や費用はかかるても、自分に最も適した治療を受けたい。

・ 歯は大切にしたいので、治療の選択肢は知っておきたい。

・ 歯は大切にしたいが、治療は最低限のもので良い。

・ 今回の部位の治療のみが希望で、その他の部位の説明はいらない。

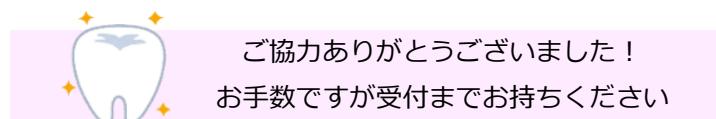
・ 状況的に通院は厳しいので、応急処置のみで構わない。

●心配なこと、伝えておきたいことがありますたらご記入ください。

●最後に、歯科医療発展のため口腔内写真とレントゲン写真を、

学会等の発表に使用してもよろしいですか？※その他の個人情報は使用いたしません※

いいえ · はい



ご協力ありがとうございました！

お手数ですが受付までお持ちください

HS Dental Salon

東川口けやき通り総合歯科