



歯科問診票

初診日 令和 年 月 日

●フリガナ _____ ●生年月日 _____
●氏名 _____ 昭・平・令 年 月 日 (歳)

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

郵便番号 〒 _____

●住所 _____

●TEL _____ - _____ - _____ ●携帯 _____ - _____ - _____

● 当院を何でお知りになりましたか？

- ホームページ・ネット 職場が近所 家が近所 看板 EPARK
- 身内・知り合いがいる (名前: _____)
- 友人や家族から話を聞いた (紹介者: _____)



● 本日来院された主な理由はなんですか？ 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 or 折れた	歯がグラグラする
虫歯を治したい	前の治療の続きをしたい	物が噛めない	詰め物が外れた or 割れた
歯茎が痛い	歯茎が腫れた or 血が出る	口臭が気になる	歯石を取りたい
入れ歯が合わない	入れ歯が割れた or 壊れた	入れ歯を作り直したい	定期検診
口が開きにくい	あごが痛い or 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 or 歯茎の色が気になる	インプラントをしたい	その他 ()

● お痛みはありますか？

- はい いいえ

1. どこが痛みますか？

痛む部位に○をつけて下さい

- 歯
- 歯茎
- あごの関節
- その他 ()

右上	前上	左上
右下	前下	左下

↓ 2 枚目がございます ↓ 続けてご記入をお願いします

2. いつから痛みますか? → _____

3. どのように痛みますか? → _____

● 歯の治療に関してお答えください

・歯の治療経験はありますか? → ない ある

《 **ある** と答えられた方 》 _____

1. 過去の歯科治療を受けられてどれくらいですか? _____ 年 _____ ヶ月ぶり

2. 過去の治療での感想をお聞かせください

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 その他 (_____)

3. 他院で定期的なクリーニングに通われていましたか?

いいえ はい → _____ ヶ月毎

● □の中に麻酔注射をしたことがありますか?

ない ある → 気分が悪くなったことがありますか? ない ある

● 今まで血が止まりにくかった事がありますか? → ない ある

● 今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか?

甲状腺疾患 てんかん 肝炎 (A型 ・ B型 ・ C型)
 糖尿病 (現在の数値: _____ HbA1c) 心臓病
 高血圧 (現在の数値: _____ / _____ mmHg)
 脳梗塞 腎臓病 ガン (部位: _____)
 その他 (_____)

● 現在飲んでいる薬はありますか?

いいえ はい → 薬名: _____

※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示をお願いします

● 現在かかりつけの病院 (医科・歯科) はありますか?

いいえ はい → 病院名: _____

● 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

ない ある → どんな薬/食べ物ですか? _____

↓ 3 枚目がございます ↓ 続けてご記入をお願いします

