



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： 〒 ー ー
 都・道・府・県
 ●T E L： ー ー
 ●ご 自 宅： ー ー

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： ()

★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	
顎が痛い	顎から音がする	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 【 】

◆歯の治療に関してお答えください。

・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われていましたか？
 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 □

↓2枚目がございます↓ 続けてご記入をお願いします

