

問診表

記入日 年 月 日

この問診表の内容は、あなたの治療のためだけの参考とし、他にもれることはありませんので、どうぞ正確にお書きください。

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 歳

ご住所 _____ 電話番号 _____

お勤め先 _____ 緊急連絡先 _____

該当するところに○をつけてください。(複数可)

① 今日はどうなさいましたか？

- | | | | |
|-------------|-------------|--------------|-----------------|
| 1. 歯が痛い | 2. 歯がしみる | 3. 歯ぐき・あごが痛い | 4. 歯ぐき・あご・顔がはれた |
| 5. 歯がぐらぐらする | 6. 歯が欠けた | 7. 虫歯がある | 8. 何かがとれた・壊れた |
| 9. 入れ歯が合わない | 10. 歯を入れたい | 11. 歯石を取りたい | 12. 噛み合わせが気になる |
| 13. 検査をしたい | 14. その他 () | | |

② それはどのあたりですか？

上 の 右側 の 前歯
下 の 左側 の 糸切歯
奥歯
あご ・ ほほ ・ 鼻のわき ・ 目の下

③ それはいつごろからですか？

だいたい () 日前から・だいたい () ケ月前から・だいたい () 年前から・() 月 () 日から

④ 歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ 1. ある 2. ない
そのとき何か具合が悪くなったことがある方は、その様子をお書きください。

⑤ 歯を抜いたことがありますか？ 1. ある 2. ない
そのとき何か具合が悪くなったことがある方は、その様子をお書きください。

⑥ いままで次のような病気になったり、手術・輸血を受けたことがありますか？

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------|--------|
| 1. 手術を受けたことがある ……いつ頃？ () 何の？ () | | | | |
| 2. 輸血を受けたことがある | 3. 高血圧 …… 普段の血圧は？ () | | | |
| 4. 肝臓の病気 (肝炎など) | 5. 心臓の病気 | 6. 糖尿病 | 7. ぜんそく | 8. 胃潰瘍 |
| 9. 鼻疾患 | 10. 貧血 | 11. アレルギー性疾患 …… どのような？ () | | |
| 12. てんかん | 13. 食べ物アレルギー …… 何のアレルギー？ () | | | |
| 14. 特になし | 15. その他 () | | | |

⑦ その病気のかかりつけ病院・医院はどちらですか？

() 病院・医院 () 科 () 先生

⑧ 女性の方へ 1. 妊娠中 () ケ月 2. 授乳中 3. 妊娠の可能性がある

⑨ 薬を飲んで副作用がでたことはありますか？ 1. ある 2. ない
どんな薬ですか？ () どのような副作用でしたか？ ()

⑩ 現在、服用している薬はありますか？ 1. ある 2. ない
どんな薬ですか？ …… ()

⑪ 今日の体調はいかがですか？

- | | | | | |
|-------|---------|---------|----------------|------------|
| 1. 良好 | 2. 睡眠不足 | 3. 熱っぽい | 4. 食事をあまりしていない | 5. その他 () |
|-------|---------|---------|----------------|------------|

⑫ 治療計画に対するご希望は？

- | | | |
|------------------|----------------|--------------------|
| 1. 悪いところはすべて治したい | 2. 痛いところだけ治したい | 3. 説明を聞いてから治すか考えたい |
|------------------|----------------|--------------------|

⑬ きちんとした治療を行うためには、期間のかかる場合がありますがよろしいですか？

- | | | |
|-------|--------|-----------|
| 1. はい | 2. こまる | 3. 少し考えたい |
|-------|--------|-----------|

⑭ 治療費に対するご希望は？

- | | | |
|----------------|------------------------|-----------------|
| 1. すべて保険診療の範囲で | 2. 保険以外の費用がかかっても最良の方法で | 3. 説明を聞いてから考えたい |
|----------------|------------------------|-----------------|

⑮ 治療についてのご希望がありましたらお書き下さい。