

問診票

※下記太枠内に記入して下さい

カルテ No.

初診日

年

月

日

ふりがな	
※ お名前	※男・女
※ 生年月日 M・T・S・H	年 月 日
※ ご住所 〒	—
※ 電話番号	(— —)
※ 携帯電話	(— —)
E-mail	
※ 勤務先 会社名	職業
ご住所	
電話番号	(— —)

※以下太枠内の該当の箇所を○で囲んで下さい

来院の主たる理由		
A 歯（又は歯肉）が痛いから	F 歯石を取ってほしいから	K 歯を白くしたい
B 虫歯の治療をしてほしいから	G 歯を美しくしたいから	L 詰め物、冠の脱離
C 歯槽膿漏・歯周病を治したいから	H 口臭が気になるから	M 歯肉の色が気になる
D 歯ならびを治したいから	I 精密検査・定期検査を希望のため	N その他
E 入れ歯を入れたいから	J 咬み合わせが良くないから	()
歯の治療は	今までに歯を治療した時	他の患者様のキャンセルが出た場合について
A はじめて	A 痛かった	当院からお電話を差し上げた場合
B 平気	B 臭いが嫌だった	治療を希望されますか？
C 怖い	C 音が嫌だった	(する ・ しない)
D 痛い目にあった	D 我慢した	
E 懲りている	E 平気だった	
この機会に	診療についてのご希望は	
A この機会に悪いところは全部治したい	A 健康保険の範囲内で治したい	
B 今回は、今痛んでいるところだけ治したい	B なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない	
C 歯科医師と相談して決めたい	C 最も良い材料と方法で治したい	
現在の身体の具合について		
A 特に異常はない	G 貧血を起こしやすい	K 現在、病院にかかっている
B 心臓が悪い	H 妊娠している (ヶ月)	(病院名)
C 血圧が正常より (高い・低い)	I 薬に対してアレルギーがある	(病 名)
D 血が止まりにくい	J 現在、薬を飲んでいる	M 最終歯科治療日
E 麻酔が効きにくい	(薬の名前)	(年 月)
F 止血しにくい	(薬の種類)	(年 ヶ月前)
過去の病気について		
●次の病気にかかったことはありますか		
A 血液病 (白血病・その他)	E 腎臓病	I アデノイド
B 心臓病 (心筋梗塞・狭心症)	F 肝炎 (A型/B型/C型/その他)	J 蓄膿症
C 高血圧・低血圧	G 関節炎	K 喘息
D 糖尿病	H リウマチ	L 流行性耳下腺炎
●手術をしたことがある (病名)		
●次の薬を使ったことがありますか		
A 麻酔薬	B ピリン系風邪薬	C 抗生物質
D ステロイド剤	E 歯科の麻酔で気分が悪くなった	
●その時、副作用がありましたか		
あった (薬品名) ・なかった		
当クリニックを何でお知りになりましたか		
A 表の看板を見て	B 職場に近いため	C 人の紹介で (様)
D ホームページを見て	E 電話帳を見て	F その他
その他、特に承っておくことがございましたら、お聞かせください		
(転勤の可能性など)		月頃
(通院しやすい時間帯)		時頃

