

(No )

# 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな	_____
氏名	_____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 _____
	道・県 市 町 番地
電話	_____ ( )
緊急時	_____ ( ) ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 他)
職業	_____ 勤務先名 _____

該当する項目にチェックを付けてお答えください。

## 【住吉歯科をどこでお知りになりましたか？】

看板 ホームページ 広告 その他 ( )

人からの紹介( \_\_\_\_\_ 様 )

紹介者は、当医院のことをどのようにお話していましたか？可能であればお聞かせください。

_____
-------

## 【来院理由】

いつ頃から 1ヶ月前 数日前 昨日 今日 他 ( )

どこの歯が 左・右 上・下 (詳しくご記入下さい: \_\_\_\_\_)

どうされましたか？ 歯が痛い 虫歯を治したい 歯茎が腫れた 歯周病治療  
詰め物・冠がとれた 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない  
歯がしみる (冷たいもの・温かいもの・甘いもの) 歯並び  
矯正相談 ホワイトニングがしたい  
その他 \_\_\_\_\_

## 【生活習慣】

歯ブラシはいつされていますか？

起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

歯ブラシは、1回につき何分程されますか？ 約 \_\_\_\_\_ 分

歯ブラシ以外の清掃補助用具はお使いですか？

歯間ブラシ タフトブラシ デンタルブラシ 舌ブラシ

タバコは、おすいになりますか？ 吸わない 禁煙中 喫煙 (期間 年間 1日 本)

服用中の薬は？ なし あり 薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

## 【既往歴】

あり なし

<ありにの方は詳しくお聞かせ下さい>

- 心臓病 糖尿病 高血圧 喘息 胃潰瘍 脳梗塞・出血  
肝臓病・ウイルス性肝炎（B型/C型）・アルコール性肝炎・脂肪肝  
骨粗しょう症 シェーグレン症候群 腫瘍 腎臓病(透析等)  
AIDS その他（ ）

**女性の方へ** 妊娠中もしくは妊娠の可能性・授乳中

妊娠中 週 授乳中

## かかりつけ医院

### 薬物アレルギー

なし 抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード 他（ ）

### その他アレルギー

なし 食物（食物名 ）

手術の経験は なし あり（いつ頃 病名 ）

歯科での麻酔経験は なし あり

その時異常は なし あり 具体的に

抜歯の経験 なし あり

そのとき異常は なし あり 具体的に

## 【診療についてのご希望】

問題のある所は全て治したい 応急処置のみ希望

保険の適用範囲で治したい 多少費用掛かっても良いので先生と相談したい

【その他何か御座いましたら記載お願いします。】

ご希望や 過去に歯科でされて良かったこと、嫌だったこと…何でも結構です。

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けて下さい□

この問診票は診療の為の大切な参考資料です。個人情報厳重に守りますので、正確に記入おねがいます。