

# 問 診 票 【 成 人 用 】

Web 問診票ですすでに記載済みの方は本人確認のため「お名前」「生年月日」「電話番号」のみの記載だけよろしくお願いたします。 初診来院日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 カルテ No. \_\_\_\_\_

|             |                           |      |    |   |   |   |   |
|-------------|---------------------------|------|----|---|---|---|---|
| ふりがな<br>お名前 |                           | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| ご住所         | 〒 _____<br><br>ご職業： _____ |      |    |   |   |   |   |
| 連絡先         | 電話番号： _____<br>メール： _____ |      |    |   |   |   |   |

わかる範囲で下記について教えてください。

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 当院を選んだ理由                    | <input type="checkbox"/> 知人の紹介（ご紹介者） <input type="checkbox"/> 近所（職場・自宅）<br><input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他（・Instagram・駅の看板・チラシ・他 _____）   |
| 本日の症状                       | <input type="checkbox"/> 痛みがある（ 歯 歯肉 舌 頬 顎 入れ歯 その他： _____ ）<br><input type="checkbox"/> 取れた（詰め物・被せ物・その他： _____） →取れたもの有る・無い<br><input type="checkbox"/> 歯周病が気になる（歯石取り・口臭・歯肉から出血するなどこちら）<br><input type="checkbox"/> 歯の色が気になる（ホワイトニング・詰め物の色・ステインなど）<br><input type="checkbox"/> いびきが気になる（睡眠時無呼吸症候群）<br><input type="checkbox"/> 歯並びが気になる<br><input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい<br><input type="checkbox"/> セカンドオピニオン・その他（ _____ ） |
| 気になる部位<br>円で囲ってください         | 右上奥歯 上前歯 左上奥歯      顎（右・左）<br>右下奥歯 下前歯 左下奥歯      頬（右・左） 舌（右・左） その他（ _____ ）  |
| いつから？                       | <input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 何度かある      （ _____ ） 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前   |
| 現在・過去で病<br>気をしたことあ<br>りますか？ | <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 腎臓病    糖尿病    骨粗鬆症<br><input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> アレルギー（果物・薬 etc： _____）<br><input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー<br>現在飲まれているお薬：お薬手帳をお持ちください： _____   |
| 1日の歯ブラシ                     | タイミング（朝・昼・夜）    その他：フロス 歯間ブラシ 舌ブラシ 義歯ブラシ  |
| タバコ・お酒                      | タバコ： _____ 本/1日    お酒：飲まない・時々・週1日～2日・週3日～5日 毎日  |
| 歯科治療に<br>ついて                | <input type="checkbox"/> 麻酔の経験：有・無 <input type="checkbox"/> 抜歯の経験：有・無    →その時に気分が悪くなったこと：有・無<br><input type="checkbox"/> 型取りに吐き気がやすい：有・無  |
| ご要望など                       | 例：治療期間を短くしたい、歯石取りがしみるのが気になるなどなど<br>・歯の神経および歯を極力残したい    YES    ・NO<br>・歯が保存できなかった時の希望    入れ歯・ブリッジ・インプラント・相談したい<br>・その他： _____  |

ご記入ありがとうございます。「診療前に」を読んでいただき、こちらの「問診票」の記載が終わり、同意しましたら下記にサインの程お願いたします。

治療には最善を尽くすようにさせていただいておりますが、症状や各患者さんの生活背景により満足のない結果になる場合もございますご了承ください。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者： \_\_\_\_\_

女性の方へ： 現在妊娠中・現在授乳中 ・その他  
 体調が悪い時は無理せず、また、何かありましたら女性スタッフにお声掛けください。