

受付日 年 月 日

カルテ番号 No. _____

問診票（成人用）

当医院は患者様の健康状態を把握した上で安全な歯科治療に努めたいと考えております。以下の御質問にお答えください。（秘密は厳守致します）

お名前（フリガナ） 様	生年月日 年 月 日	ご年齢 歳	性別 男・女
御住所 〒 _____	ご職業 会社員、公務員、自営業、学生、その他（ ）		
御連絡先 ご自宅 _____	ご携帯 _____		

① 本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い 詰め物がとれた 虫歯治療希望
 入れ歯を作りたい 検診希望 その他（_____）

② どの部位ですか？

（ 上・ 下 ） の （ 左・ 前・ 右 ）

③ どのように痛みますか？

- 熱いものがしみる 冷たいものがしみる 何もしなくても痛い
 噛むと痛い 腫れて痛い その他（_____）

④ いつからですか？

- 今日から （ ）日前から ずっと前から 時々 その他（_____）

⑤ 歯科や医科の麻酔で異常があったことはありますか？

- いいえ はい（具体的に_____）

⑥ 通院中、治療中のご病気はありますか？過去に治療したことはありますか？

- なし 糖尿病 高血圧 呼吸器疾患 心臓血管疾患 骨粗鬆症
 脳神経疾患 感染症（肝炎、HIV、その他_____） リウマチ 腎臓病
 てんかん アレルギー 甲状腺 癌 その他（_____）

⑦ 女性の方へ

妊娠しておりますか？

- いいえ はい（妊娠_____か月）

授乳中ですか？

- いいえ はい

※裏面に続きます

⑧現在服用中のお薬はございますか？

いいえ

はい（お薬の名前 /

⑨今までにお薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい（薬品名；.....症状.....）

⑩今までに歯科治療で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい（.....）

⑪ペースメーカーが胸の中に埋め込んでいますか？

いいえ はい

⑫ご希望の治療をお教え下さい（複数回答可）

痛いところ、希望するところだけ治療してほしい

説明を聞いてから決めたい

治療すべきところは全部治療してほしい

歯周病も治療してほしい

私費治療についても説明を聞きたい

治療終了後も定期的に検診をしてほしい

その他（.....）

⑬通院可能な日時をお答えください（複数回答可）

月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜

午前 午後 午後5時以降 午後6時以降

いつでもよい

⑭ご来院頂いた動機についてお教えください（複数回答可）

知人（.....様）の紹介

ホームページを見て

看板を見て

自宅、職場から近いから

その他（.....）

⑮当院へのご希望、ご要望がございましたらお教えください

（.....）

※以上で問診は終了となります。ご協力ありがとうございました。