

# 問 診 表

ふりがな		生年月日 年 月 日生 才 男・女			
お名前					
ご住所	〒 -	自宅TEL			
		携帯TEL			
		メールアドレス			
勤務先		勤務先TEL			
こちらから連絡してもよい連絡先		自宅TEL	携帯TEL	メールアドレス	勤務先TEL

問診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。

あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

**どうなさいましたか**

歯が痛い 歯がしみる 歯ぐきが痛い あごが痛い 歯がぐらぐらする 血がでる  
 詰め物・被せ物がとれた 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない・痛い  
 銀歯を白い詰め物・被せ物に変えたい インプラント希望・相談 インプラントが合わない・痛い  
 歯の清掃をしてほしい 口臭が気になる 歯並び・かみあわせが気になる  
 歯を白くしたい 口の中を全体的に検査してほしい その他( )

**当医院におみえになったのは**

はじめて  
 前に来たことがある( )か月前頃/( )年前頃  
 紹介されてきた(ご紹介者名 )

**現在常用している薬はありますか**

ない ある(薬品名 )

**お痛みがあれば、箇所を教えてください**

左上	上前	右上	歯	舌	頬
左下	下前	右下	歯ぐき	唇	あご

**薬を飲んで副作用はありますか**

ない  
 ある( 胃が痛くなる ・ 発疹ができる ・ かゆくなる )  
 その他( )  
 副作用のあった薬品・種類( )

**お痛みはどのくらい前から続いていますか**

今日 はじめて 日前から 週間前から  
 ヶ月前から 時々

**アレルギーや特異体質はありませんか**

ない  
 ある( 胃が痛くなる ・ 発疹ができる ・ かゆくなる )  
 その他( )  
 副作用のあった薬品・種類( )

**昨夜は**

痛くなかった 痛かった  
 くすりを飲んだ(薬品名 )

**現在治療中、または過去1年以内に  
医者にかかったことがありますか**

ない  
 ある(病院名: . 科 )

**今は**

痛くない 少し痛い ひどく痛い

**持病はありますか**

ない  
 ある( )

**痛み方は**

歯を合わせると痛い 痛んだり止んだり

**冷たいものは**

しみる しみない

**現在の健康状態は**

良好 普通 悪い  
 女性の方のみ 妊娠中 ( ヶ月)

**熱いものは**

しみる しみない

**いままでに歯を抜いたことがありますか**

ない ある( ヶ月前/ 年前)

**治療内容・費用について**

治療方法・材料などの説明を聞きたい  
 保険・自費の料金の違いについて説明を聞きたい  
 先生のお薦めする治療方針通りの治療が受けたい  
 将来にわたって健康でいられるための診療が受けたい  
 その他( )

**いままでに麻酔注射をしたり**

**歯を抜いたときに異常はありませんでしたか**

麻酔や歯を抜いたことがない 異常なかった  
 気分が悪くなった 熱がでた  
 何日か痛んだ 貧血めまいを起こした  
 アレルギーがでた 腫れた  
 血が止まらなかった その他( )

ご記入ありがとうございました