

問診票

ふりがな	男	明治・大正・昭和・平成
お名前	女	年 月 日 才
住所	(〒 -)	電話番号 (- -)
		携帯電話 (- -)

健康状態についてのご質問

どうなさいましたか？
1. 歯が痛い 2. 虫歯がある 3. 口臭が気になる 4. 歯並びが気になる 5. 歯茎が腫れた・血が出る
6. 詰め物がとれた（銀歯、白い詰め物） 7. インプラントをしたい 8. 入れ歯が合わない
9. 歯のクリーニング 10. その他（ ）

現在の健康状態はいかがですか？ 良好 普通 不良

現在かかっている病院はありますか？
ない ある（病院： ）（病名： ）

最後に歯科治療を受けたのはいつですか？ （ 年前 カ月前）

歯科で麻酔をしたことはありますか？ ない ある

治療時に気分が悪くなったことはありますか？ ない ある

血が止まりにくかったことはありますか？ ない ある

現在妊娠中もしくは可能性がありますか？ ない ある カ月

アレルギー（じん麻疹ができたり、気持ちが悪くなったり）をおこした事がありますか？
ない ある（どんな薬、食物で ）

診療についての希望はありますか？
1. 保険の範囲内で直したい 2. 保険外で治した方がよい場合はそれをすすめてほしい
3. 相談して決めたい 4. その他（ ）

以下のご質問にもお答えください。（□には☑印を記入お願いいたします。）

歯磨きをする時 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
一回の時間は（ ）分くらい
歯ブラシ以外の清掃用品 フロス 歯間ブラシ その他（ ）

喫煙習慣 なし あり

睡眠時間 約（ ）時間

間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

現在治療中ですか いいえ はい
 高血圧症 心臓疾患 脳血管疾患 肝炎 糖尿病 骨粗鬆症 その他（ ）

薬を飲んでいますか いいえ はい（薬名： ）

歯みがき方法 習った事がある 習った事がない

その他（ ）

ご家族や友人などのご紹介があればお書きください。 名前（ ）

ありがとうございました。

山の手パール歯科クリニック

なお、ご希望・ご質問・なんでもご遠慮なくお尋ねください。