

予診表 I (裏面もご記入下さい)

ふりがな 氏名	様 才	男・女 ヶ月	生年月日 明・大・昭・平・令	年	月	日
〒 住所			電 (自宅) 話 (携帯)			
御勤務先		職 業	勤務先電話			
治療予約時間の希望 ・ない ・ある⇒		曜日	土	日	紹介者 ・なし・ある⇒お名前	
		時頃				

初めてご来院のかたへ

はじめに、この問診表のご記入をして頂きます。なるべく現在の病状等、詳しくご記入ねがいます。

診療室に入っていた後、必要に応じてレントゲン撮影、また記録のため口腔内写真を撮らせて頂くことがありますので、ご協力をお願い致します。

当院では、診療内容について十分なお説明をすることに努力しておりますが、不安なこと、疑問点等ありましたら御遠慮なくお尋ねください。

当院へお見えになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前来たことがある (年 ヶ月前)					
今回来院された理由	<input type="checkbox"/> 歯が (痛い・しみる・虫歯・動く) <input type="checkbox"/> 歯肉が (痛い・腫れた・血や膿が出る) <input type="checkbox"/> 詰め物やかぶせ物が (とれた・壊れた) <input type="checkbox"/> 歯の抜けたところを治したい <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が (合わない・壊れた・あたって痛い・新しく作り直したい) <input type="checkbox"/> 虫歯や歯槽膿漏の予防処置をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい クリーニングをしたい <input type="checkbox"/> 定期検診のため <input type="checkbox"/> 歯列を矯正したい <input type="checkbox"/> インプラントをいれたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 銀歯を白色の物に替えたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()					
いつ頃からお気づきになりましたか?	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> ヶ月前から <input type="checkbox"/> 年前から					
特異体質やアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()					
局所麻酔注射をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒そのとき異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった ()					
抜歯をしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒そのとき異常は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった①気分が悪くなった ②血が止まりにくかった ③何日も痛みが続いた ④その他 ()					
歯科治療は初めてですか? また最後に歯科治療を受けたのはどの位前ですか?	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 日前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前					
歯磨き指導を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
たばこを吸いますか?	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸わない					

裏面もご記入ください

問診票（お子さま用）

※保護者の方が記入してください。

来院日： 年 月 日（ ）

ふりがな		ふりがな	
お子さまのお名前		保護者氏名	
住所	〒		
生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳 ヶ月(学年)
自宅電話	()	携帯番号	()
幼・保学校名	電話 ()	ご紹介者	様

◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい
詰め物がとれた 歯肉がはれた・痛い 歯の清掃をしたい
その他 ()

◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯
その他 ()

◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い 今日初め 昨日から 時々 () 日くらい前から ずっと前から

◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある

◆麻酔をしたことがありますか？

- 初めて 経験がある

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？（気分が悪くなる、貧血、出血など）

- ない ある ()

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因 症状)

◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる (薬名：)

◆現在または過去に病気をしたことはありますか？（喘息、アトピー、心臓・肺・胃腸・脳神経疾患など）

- ない ある ()

◆本日の健康状態はいかがですか？ 健康 風邪気味 熱がある その他 ()

◆お子さまの性格は 甘えん坊 泣き虫 おとなしい 活発

◆お子さまの愛称は ()

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？（予約は 曜日 時頃が良い）

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 通りがかり 電話帳
その他 ()