

問診票



大久保歯科
Okubo Dental Clinic

記入日 年 月 日

お名前 フリガナ _____ 男・女	生年月日 T S H R 年 月 日 (歳)
ご住所〒	ご自宅TEL — — 携帯TEL — —
Email @	LINEを使用していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご勤務先名 職業	緊急連絡先TEL — —

1. 当院をお選びいただいたきっかけをお聞かせください(複数回答可)

- インターネット (検索ワード) Google コミ ホームページ
インスタグラム 医院を見て 職場・ご自宅に近い
ご家族が通っている (お名前・族柄)
知人からのご紹介 (お名前) その他 ()

2. 本日はどうなさいましたか?

- 歯が痛い 痛みはないが虫歯がある つめもの・被せ物が取れた 歯がグラグラする
歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れている あごが痛い 入れ歯の調子が悪い
口臭が気になる 歯石をとってほしい 歯並びが気になる 歯を白くしたい
その他 ()

3. 痛みや異常があるのはどこですか? 特になし

- | | | | | |
|----|----|----|----------------------------|------------------------------|
| 右上 | 前上 | 左上 | <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 舌 |
| 右下 | 前下 | 左下 | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> その他 |

4. いつからですか?

- 今日初めて 時々 () 日前から
 () 週間前から () ヶ月前から

5. 痛みがある方は、どのような痛みですか?

- 何もしなくても痛い ズキズキ痛い 噛むと痛い ずっと痛い しみる (冷たい/熱い/甘い)

6. 最後に歯科に通院したのはいつですか?

- () 日前 () 週間前 () か月前 () 年前
 歯科は初めて 覚えていない

7. 現在・過去問わず、内科的な疾患はありますか?

- ない ある → 心臓疾患 腎臓 脳血管疾患 肝臓病・肝炎 (B型 C型)
 喘息 骨粗鬆症 高血圧 (/ mmHg)
 糖尿病 (HbA1c) その他 ()

8. かかりつけの病院、通院中の病院はありますか?

- ない ある (病院名)

9. お口以外の健康状態はいかがですか?

- 良好 普通 調子が悪い (具体的に:)

お手数ですが裏面も必ずご記入ください

10.現在服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。 ない ある
ない ある（手帳がない場合お薬名： _____)

11.アレルギーや使えないお薬はありますか？
いいえ はい（できるだけ詳しく： _____)

12.(女性の方へ) 妊娠中または授乳中ですか？
いいえ 可能性はある はい（ _____ 週・予定日 _____ 月 _____ 日） 授乳中

13.抜歯や治療をしたときに異常はありましたか？
いいえ はい → 気分が悪くなった 血が止まりにくかった 麻酔が効きにくかった
アレルギーが出た その他（ _____)

14.治療についての希望はありますか？ ※治療前には必ずカウンセリングをいたしますのでご安心ください
保険の範囲内で治療してほしい なるべく保険希望だが、よく相談したうえで決めたい
最も良い方法で治療してほしい

15.治療時間および期間についての希望はありますか？
痛いところ、困っているところだけ治療してほしい 今後悪いところは全て治療してほしい
1回の治療時間が長くて来院回数を少なくしてほしい 来院回数が増えても1回の治療は短時間にしてほしい
 _____ 月 _____ 日までに終わらせてほしい（理由： _____)

16.定期的に歯のクリーニングを受けていましたか？今後受けたいと思いますか？
受けていません 受けていました（ _____ ヶ月ごと） 受けたいと思います

17.本日の主訴以外に次のようなことで気になることはありますか？
口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石 歯ぐきの腫れ 歯ぐきの出血
歯の色 歯の形 歯のすきま 歯並び 被せ物の色 被せ物の形
歯ぐきの色 歯ぐきの形 歯ぎしり 食いしばり その他（ _____)

18.ホワイトニングに興味はありますか？ ※無理にお勧めすることはありませんので安心してご回答ください
ない ある やったことがある やってみたい わからないので説明を聞きたい

19.矯正治療に興味はありますか？ ※無理にお勧めすることはありませんので安心してご回答ください
ない ある やったことがある 相談したことがある わからないので説明を聞きたい

20.ボトックス注射に興味はありますか？ ※無理にお勧めすることはありませんので安心してご回答ください
ない ある やったことがある 必要があればやってみたい わからないので説明を聞きたい

21.ご来院にご都合のよい曜日、時間帯
月（午前・午後） 火（午前・午後） 木（午前・午後） 金（午前・午後） 土（午前・午後）

22.診察に対して不安やご希望がありましたら遠慮なくご記入ください

※問診票に書き切れないことがございましたら、後ほどのカウンセリングで詳しくお伺いいたします。

※治療中に撮影した口腔内画像および動画は、症例画像として使用させていただく場合がございます。

個人の特定はされない状態で使用させていただきますのでご協力をお願いいたします。

ご記入ありがとうございます