

問診票

記入日 20 年 月 日

ふりがな
氏名

男・女 生年月日 年 月 日

住所 〒

☎ 自宅

携帯

会社

E-mail

当院からの連絡に
ご都合の良い時間帯

時～ 時頃

- 当院をどのようにしてお知りになりましたか・・・（ご紹介者名）
ホームページ タウンページ TV／雑誌 その他（ ）
- 最後に受けた歯科検診・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）
- 最後に受けた歯科治療・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）
- 歯のクリーニングの頻度・・・3ヶ月 4ヶ月 6ヶ月 1年毎 していない
- 今回の一番の治療目的は何ですか・・・・・・・・（ ）
- もし変えられるとしたら、あなたの歯のどこをどう変えたいですか？

現在、他の病気で服用している薬剤や、アレルギー、身体の状態を前もって告知していただく事は、安全で効果的な治療を行なう上で大切な情報です。問診票は、カルテ同様、個人情報保護法に基づいた取り扱いをしておりますので、できるだけ正確にご記入お願い致します。

* 下記に該当する項目にチェックして下さい

- 1) 審美的にご自分の歯の見た目に歯不満がありますか・・・ はい いいえ
- 2) 歯周病治療はした事がありますか・・・・・・・・ はい（時期） いいえ
- 3) 歯肉からの出血はありますか・・・・・・・・ はい いいえ
- 4) 歯磨きの際、避けている所はありますか・・・・ はい いいえ
- 5) 知覚過敏になっている所はありますか・・・・ はい いいえ
- 6) 歯の痛みはありますか・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ
- 7) アゴの関節に問題はありますか・・・・・・・・ はい いいえ
- 8) 歯の食いしばり、歯ぎしりはありますか・・・・ はい いいえ
- 9) ホワイトニングの経験はありますか・・・・ はい いいえ
- 10) 口臭は気になりますか・・・・・・・・・・・・ はい いいえ
- 11) 口の中に嫌な味や匂いがありますか・・・・ はい いいえ
- 12) 過去5年間の変化が気になりますか・・・・ 摩耗.すりへり 歯の揺れ.隙間
- 13) 歯科治療に際して不快な経験がありますか・・・ はい いいえ

* 具体的な内容をご記入下さい *

14) 麻酔が効かない、又は麻酔薬にアレルギーはありますか・・・はい いいえ

15) 薬、食べ物のアレルギーはありますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ

16) 下記のアレルギーに該当するものにチェックして下さい。

アスピリン、イブプロフェン、アセトメノフェン等の鎮痛剤（）

ペニシリン、エリスロマイシン、テトラサイクリン等の抗生剤（）

フッ素 金属 ラテックス（ゴム手袋）その他薬剤（薬名）

17) ピアスやネックレス等の金属で、かぶれや湿疹はありますか・・・はい いいえ

18) 歯科金属によりアレルギー、不定愁訴等様々な症状が引き起こす可能性があります。

各種検査を希望しますか？

DMA 検査（ガルバニー電流測定） オリゴスキャン検査（体内ミネラル及び有害金属測定）

はい いいえ 説明してほしい

19) メタルフリー治療（土台やかぶせ物等、一切金属を使用しない治療）に興味がありますか？

はい いいえ

20) 首や肩がこりますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ

21) 偏頭痛はありますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ

22) 現在の体調は如何ですか・・・・・・・・・・・・・・・・良い 悪い

23) 現在お薬を服用していますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ

24) 喫煙されますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい（1日 本程度）いいえ

25) 妊娠中の場合は現在の状況をご記入下さい・・・・（週目／出産予定月）

26) 現在の身体状況やかかっている病気について、該当するものにチェックして下さい。

心臓疾患 高血圧 低血圧 腎臓疾患 肝臓疾患 糖尿病 喘息

肝炎（A型・B型・C型） 脳卒中 抗うつ病薬 □□の中のしこり、腫れ

湿疹、皮膚の腫れかゆみ 消化器障害 その他（）

27) 現在何らかの治療をされている場合は、その治療についてご記入下さい。

28) 治療回数や期間についてご希望がありますか

29) ご都合の良い通院希望日、時間をご記入下さい。

曜日 時間（AM・PM 時頃）

30) ご要望をお気軽にご記入下さい