問診表

年　月　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介者＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　大・昭・平　年　月　日

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の質問にお答えください

☆当医院をお知りになったきっかけ　□電話帳　□看板　□インターネット　□家族・知人　□その他(　　)

☆通院に便利な曜日・時間帯（○をつけてください）　月・火・水・金・土・いつでも　午前中・お昼・夕方・いつでも

☆本日はどうなさいましたか？　症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

部位(○をつけてください)

前歯	上	奥歯	左上	右上
	下		左下	右下

☆歯科医院の診察はどれくらいぶりですか？　＿＿＿＿年＿＿＿＿か月ぶり

歯：　□虫歯ができている　□歯が痛い　□歯がしみる（温・冷・甘）　□歯が欠けた　□かぶせがとれた（とれたかぶせ　あり・なし）　□親知らずが気になる　□その他＿＿＿＿

歯ぐき：　□歯ぐきが腫れた・出血がある　□歯ぐきが痛む　□歯がぐらぐらする　□ういたかんじがある　□口臭が気になる　□口の中にできものがある　□その他＿＿＿＿

入れ歯：　□入れ歯が合わない　□入れ歯が痛む　□入れ歯が壊れた　□新しい入れ歯を作りたい

検診：　□検診をしてほしい　□歯の掃除、着色、歯石を取ってほしい

その他：　□歯ぎしり相談　□顎が痛い（音がする）　□ホワイトニング（歯を白くしたい）　□インプラント相談　□矯正相談　□白い歯の相談（CEREC）　□その他＿＿＿＿

☆今までにかかったことのある病気　□高血圧　□肝臓（A肝・B肝・C肝）　□糖尿病　□心臓
□骨粗しょう症　□脳　□耳鼻咽喉　□腎臓
□その他 _____

☆飲んでいるお薬　□骨粗しょう症の薬　□血をサラサラにする薬　□血圧の薬
□ホルモン剤　□ビタミン剤　□栄養剤
□その他_____

☆体質について　□異常なし
□アレルギー（麻酔・抗生物質・食べ物・花粉）
□ぜんそく　□じっしん　□じんましん
□その他_____

☆健康状態について　□良い　□ふつう　□悪い
□妊娠している（_____か月）
□授乳している（_____か月）

☆血圧　だいたいでいいので教えてください　_____／_____

☆歯を抜いたときに異常はありましたか？　□異常なし　□麻酔が効きにくい
□血が止まりにくい　□脳貧血をおこした　□熱がでた

☆歯磨きの回数は何回くらいですか？　□朝　□昼　□夜　□4回以上　□しない日もある

☆歯ブラシ以外に使用されている器具はありますか？　□歯ブラシのみ
□デンタルフロス（糸ようじ）　□歯間ブラシ　□舌ブラシ
□電動ブラシ　□その他

☆喫煙　□吸っていない
□1日に_____本くらい吸う

☆治療内容について　□なるべく健康保険内で治すが、重点的に多少の費用をかけてもよい
□最もよい材料で治療したい（自費診療）
□全て健康保険内で治療したい
□その他

裏面に細かい内容がありますので、よろしければご記入お願いいたします

治療に対する希望はありますか？

□回数はかかってもいいので全体をしっかり治療したい
□なるべく治療回数を少なくしてほしい（1回の時間が長くてもいい）
□なるべく治療期間を短くしてほしい（＿＿＿か月くらい）
□一回の治療時間を短くしてほしい（回数が多くてもいい）
□今回は応急処置だけでいい
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療説明について

□簡単に分かりやすい言葉で説明してほしい
□詳しく・丁寧に説明してほしい
□任せるので、説明より治療を早くしてほしい
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以前、歯医者で嫌な思いをされたことはありますか？

□痛かった　□待ち時間が長かった
□説明のないまま治療された　□院内が不潔だった
□スタッフの態度や言葉遣いが不快だった　□予約がとれなかった
□症状が改善されなかった　□金額が高かった
□回数がかかった　□治療時間が長かった　□遠かった
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科治療に対して不安感はありますか？

かなり不安　どちらでもない　大丈夫

（○をしてください）

歯科医師・歯科衛生士にお口のことで相談があればお書きください。

伊藤小児歯科ホームページ
URL http://www.itopedodent.com