

# 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	(男・女)	大・昭・平・令 年 月 日	歳
ご住所	〒 -	LINE 公式アカウント LINE ID : @628leaca QRコード： 	
ご予約確認や医院のお知らせ配信の為、ぜひ当院の公式LINEへのご登録をお願いします。			
自宅電話	携帯電話	職業	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

当てはまる箇所に  をつけてください。

## 当院を知ったきっかけについて

- 建物・看板を見て  ホームページ  
 インスタグラム  知人・家族の紹介 ( 様 )  
 その他 ( )

## 特異体質やアレルギーについて

- ない  花粉症  
 ラテックス (ゴム) アレルギー  
 ヨード過敏症 (例：イソジン・赤チンなど)  
 金属アレルギー  
 その他 ( )

## 来院された理由について (複数回答可)

- 歯が痛い  歯ぐきが痛い  
 詰め物・差し歯が取れた  あごが痛い  
 治療が必要だと思う歯がある  口臭が気になる  
 歯がグラグラする・血が出る  歯石を取りたい  
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい  
 歯並び・噛み合わせが気になる  歯のクリーニング  
 口の中を全体的に検査したい  歯を白くしたい  
 その他 具体的にご記入ください  
( )  
●いつからですか？ ( )

## お体の状態について

- 現在のお体の状態はいかがですか？  
 普通・良好  不良
- 現在飲んでいるお薬はありますか？  
 ある (お薬の名前： )  
※お薬手帳をお持ちの方は服用中のページを教えてください。  
 ない
- 医師に注意が必要と言われたお薬はありますか？  
 ある (お薬の名前： )  
 ない
- アレルギーはありますか？  
 ある (食べ物： )  
お薬： )  
 ない
- この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診) を受診しましたか？  
 受診した (受診時期： )  
指摘事項： )  
 受診していない
- 妊娠について (女性の方のみ)  
 妊娠中 ( 月 )  妊娠の可能性がある  
 不妊治療中  授乳中

## 過去の歯科治療について

- 歯の治療で何か異常はありましたか？  
 血が止まらなかった  気分が悪くなった  
 腫れた  熱が出た  
 アレルギーが出た  麻酔が効きにくかった  
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい  
 その他 具体的にご記入ください  
( )

## 現在または過去にかかった病気について

- 心臓病  肝臓病  腎臓病  
 脳梗塞  血液疾患  甲状腺疾患  
 肝炎ウイルス ( B ・ C )  糖尿病  
 高血圧 ( / )  リウマチ  
 貧血  骨粗鬆症  ぜんそく  
 HIV  悪性腫瘍  てんかん  
 その他 (病名： )

## 今回の治療について

- 治療で希望することを教えてください。  
 この機会に問題のあるところは全て治したい  
 検査・説明を受けた上で決めていきたい  
 今回は気になるところだけ治したい

歯科への不安・当院への期待などございましたらご記入ください。

## 問 診 票

名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 ( 才 )

当てはまる項目にチェックまたは記入をお願いします

1 お子様は、現在、保育園・幼稚園…etc.に通っていらっしゃいますか？

まだ通っていない  通っている ( 保育園  幼稚園  小学校 年生 )

2 主にお子様と多く過ごされているのはどなたですか？

父  母  祖父母  その他

3 ご兄弟はいますか？

いない  いる \_\_\_\_\_人 兄( 才 ) 姉( 才 ) 弟( 才 ) 妹( 才 )

4 おやつの種類はどうか？

- 甘いお菓子や飲み物は取らないように気をつけています。  
 おやつは、甘いものでも何でも食べます。  
 チョコレート・アメ・ガム・乳酸飲料など子供が好きなものを何でもあげています。

5 おやつの量・回数はどうですか？

- 回数を決めて、量も多くなならないよう気をつけています  
 いつもは気をつけているのですが、子供の機嫌が悪いときなどはあげています  
 あまり気にせず、子供が欲しがるときにあげています

6 歯磨きの回数はどうですか？（お母さんが手伝ってあげる場合も含みます）

一日\_\_\_\_\_回（起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前）

7 寝る前に飲んだり食べたりしますか？

はい ( 種類 \_\_\_\_\_ )  いいえ

8 歯磨きの方法はどうか？

本人が磨いた後で、毎日、仕上げ磨きをしています。  時々、仕上げ磨きをします  本人に任せています。

9 デンタルフロスや糸ようじをご存知ですか？

使用しています（時々も含む）  私（家族）は使っているが、本人は使用していません。  
 知っているが、使用していません。  知りません。

10 フッ素をご存知ですか？

歯医者さんでフッ素を塗ってもらいました。( 頃 )  知っています。  知りません。

11 シーラントをご存知ですか？

知っています。  聞いたことがあります。  知りません。

12 お子様の癖はありますか？

指しゃぶり  爪かみ  タオルかみ  その他 ( )

13 虫歯の原因をご存知ですか？ また、それは何だと思えますか？

知っています。( )  知りません。

14 お子様の治療にあたり、何かご希望はございますか？