にしやま歯科　　問診表

お名前（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　生年月日：（大正・昭和・平成）＿＿年＿＿月＿＿日（＿＿歳）

住　　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《本日はいかがなさいましたか》　該当する□にチェックして下さい

□検　診　□虫歯予防（フッ素など）　□歯のクリーニング・歯を白くしたい　□歯石をとりたい

歯　　→ □痛い □つめものやかぶせものがとれた □穴があいた □しみる（冷・温・甘）□物がつまる
□ゆれる □歯ぎしりがひどい □歯をぶつけた

はぐき → □痛い □はれた □出血する □膿がでる

あ　ご → □痛い □音が鳴る □口があきにくい □朝起きるとあごが疲れる □肩がこる

□歯並びが気になる　□口臭が気になる　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《問題がある場所はどこですか》

□上　□下　□右　□左　□前　□奥　□全体　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《それはいつごろからですか（痛みなどのある方へ）》

□＿＿日前　□＿＿週間前　□＿＿ヶ月前　□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《どのように痛みますか（痛みのある方へ）》

□ズキズキ □ずっと痛い □時々痛い □しみる（1分以上・1分未満）□かむと痛い □その他＿＿＿＿

《全体的なことについてうかがいます》

内科的疾患はありますか

□ない　□心臓病 □腎臓病 □糖尿病 □肝臓病 □高血圧（最高:＿＿、最低:＿＿）□低血圧 □貧血
□甲状腺機能亢進症　□血液疾患（＿＿＿＿）　□ぜん息　□その他＿＿＿＿＿＿

アレルギーはありますか

□ない　□ある→薬＿＿＿＿　金属＿＿＿＿　ゴム＿＿＿＿　食べ物＿＿＿＿　その他＿＿＿＿

けがなどをしたとき、血が止まりやすいですか　□止まりやすい　□止まりにくい

歯の治療で麻酔により気分が悪くなったことはありますか　□いいえ　□はい

タバコは吸いますか　□いいえ　□はい

現在、薬は飲んでますか　□いいえ　□はい → 薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ペースメーカーはしてますか　□いいえ　□はい

《女性の方におたずねします（お子様は結構です）》

妊娠の可能性はありますか　□いいえ　□はい→妊娠＿＿＿＿ヶ月

授乳中ですか　□いいえ　□はい

《治療に対するご要望》

□悪いところは全部治したい □痛いところだけ治したい □虫歯になりにくい予防法を説明してほしい
□転勤や引越しなどで＿＿＿＿月までに治療を終わらせたい
□保険の範囲内で治療したい　□保険外治療法（良い材料）があれば説明してほしい
□薬はあまり飲みたくない
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《当院をどこでお知りになりましたか》

□紹介＿＿＿＿＿＿様　□家族が来ている　□インターネット
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿