問　診　票

年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日生まれ
お名前					
ご住所	〒 電話番号（　　－　　－　　） 携帯電話（　　－　　－　　）				

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	□知人の紹介（ご紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿様）□雑誌を見て □家の近くだから　□職場の近くだから　□ホームページを見て □雰囲気が良さそうだから　□その他（　　）
どうなさいましたか	□歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた □歯を入れたい　□検査をしてほしい　□歯を白くしたい □歯の清掃をして欲しい　□歯並びをなおしたい　□その他（　　）
現在のお口の中の状況	痛みについて □痛い　□痛くない　　どこが痛みますか 歯肉の出血　□なし　□あり　　（　　）
全身の状態	□糖尿病（　　）□高血圧症（　　/　　）　□心疾患（　　） □アレルギー（　　）□肝疾患（B 型･C 型･その他）（　　） □妊娠（　　ヵ月）　　□その他（　　） かかりつけ医療機関（　　）
歯の麻酔･抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	□ない　　□血がとまりにくかった　　□貧血が起こった □気分が悪くなった　　□痛みが続いた　　□熱が出た
服薬状況	□なし　　□あり（薬剤名：　　）
生活習慣の状況	①1日の歯磨きの回数　＿＿＿回（□朝　□昼　□晩　□就寝前） ②補助清掃器具の使用　□なし　□フロス（糸楊枝）　□歯間ブラシ ③間食の取り方　□規則的　□不規則　□しない ④飲みもの　□炭酸飲料（　　cc）□ジュース（　　cc）□その他（　　cc） ⑤喫煙習慣　□なし　□あり（　　本／日） ⑥睡眠時間　約　　時間