

## 診療を受けられる方へ（問診表）

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先  
(携帯番号等) \_\_\_\_\_

●当てはまる項目の□にチェックしてください

### 1. どうなさいましたか？（複数可）

- <歯について>  虫歯の治療をしたい  歯がしみる  
 歯に痛みがある  歯が揺れている  
 つめたものが取れた  歯を抜きたい
- <歯ぐきについて>  歯ぐきから血が出る  はれている  
 歯ぐきに痛みがある
- <その他>  予防をしたい（定期検診をしたい）  
 クリーニング  入れ歯が合わない  
 歯並びが気になる  歯の色が気になる  
 インプラント  口臭が気になる  
 成人検診から  妊婦検診から

その他上記以外（ \_\_\_\_\_ ）

### 2. 次のような病気に今までかかったことがある、または現在かかっていますか？

（複数可）

- ない
- 心臓の病気  肝臓の病気  腎臓の病気  喘息  
 胃腸の病気  血液の病気  高血圧  糖尿病  
 リウマチ  てんかん症  メタボリックシンドローム  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

\*病気にチェックされた方は病名が解れば記入してください

（ \_\_\_\_\_ ）

### 3. 次のような感染症に今までかかったことがありますか？

（患者様自身、および他の患者様の治療を安全に行うためにお答えください）

- ない  B型肝炎  C型肝炎  
 HIV（エイズ）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

### 4. 薬や食べ物、その他のアレルギー（金属/花粉症/アトピーなど）はありますか？

- ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

\*尚、この問診表は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。（荻窪あかり歯科）

5. 現在、他科の病院にかかっていますか？  
 ない  ある ( 医院名 )
6. 現在、飲んでいる薬はありますか？ (薬手帳などありましたら見せてください)  
 ない  ある ( )
7. 骨粗しょう症の薬を飲んでいますか？  
 ない  ある ( )
8. 現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか？または出産後授乳中ですか？  
(女性の方のみお答えください)  
 ない  ある  授乳中
9. 歯の治療で気分が悪くなった事や不安な事がありますか？  
気分悪くなった事  ない  ある (どんな時？ )  
不安な事 ( )
10. 職業は何ですか？ (お子様の場合は保育園、幼稚園、小学？年生などと記載)  
( )
11. 家族構成(一緒に住まわれている方)を記載してください( )
12. 治療についてのご希望をお聞かせください。  
 出来るだけ治療にかかる費用を少なくしたい。  
(保険の範囲内での治療を希望)  
 費用は少ない方がいいが、見た目や、咬みやすさ、身体への安全性  
などの事も考慮にいれ、治療の違いについて説明を受けた上で治療法を  
検討したい。  
 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい。
13. 通院しやすい曜日や時間帯がありましたら記入してください 例：火、水曜日の午後など  
( )
14. メールアドレスを教えてください ( @ )  
\*予約確認メールを送らせていただく際に使用させていただきます。確認のとりやすいアドレス (携帯  
メールなど) を記載してください。お子様の場合はご両親のアドレスを記載してください。
15. 当院に来院された経緯を教えてください。  
 前を通りかかって  紹介されて (ご紹介者 )  
 家族が通っている (ご家族の氏名 )  
 ホームページをみて  歯ブラシセミナー、妊婦セミナーを受けて  
 当院のチラシを見て  小児科や産婦人科より紹介  その他

\*尚、この問診表は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。(荻窪あかり歯科)