

# 成人問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

受診日：西暦 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日：西暦 年 月 日 ( 歳 )

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

ご自宅TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 緊急連絡先（携帯等） \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\*当院ではご予約日の前に日時をお知らせするメール・電話配信サービスを行っております。  
ご希望の方は携帯またはパソコンのアドレスをご記入ください。

\*皆様により良い診療を行う為にお聞かせください。なお、内容は厳重に守秘いたしますのでご安心ください

問1 どうなさいましたか？

1. 検査をしてほしい ( 虫歯 ・ 歯周病 ・ 顎関節 ・ 噛み合わせ ・ 歯並び )
2. 歯の清掃をしてほしい
3. 歯が痛い
4. その他 ( )

問2 今まで歯科医院で定期的に歯のクリーニング、フッ素塗布を受けたことはありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

問3 最後に歯科医院を受診したのはいつ頃でしたか？

- ・ 半年以内
- ・ 1年以内
- ・ 1年以上
- ・ 2年以上
- ・ それ以上

問4 歯科の治療中、または治療後に異常がありましたか？

- ・ 特にない
- ・ 気分が悪くなった
- ・ 血が止まりにくかった
- ・ 何日も痛みが続いた
- ・ その他 (具体的に： )

問5 歯科治療に対する恐怖心はありますか？

- ・ 特にない
- ・ 少し苦手
- ・ かなり怖い
- ・ 極めて怖い、とても苦手

問6 今までにかかった病気はありますか？

- ・ 特にない
- ・ 心臓病
- ・ 脳血管障害
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 糖尿病
- ・ 骨粗鬆症
- ・ その他 ( )

問7 現在、病院に通院していますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ )

問8 現在飲んでいる薬はありますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (薬品名： \_\_\_\_\_ )

\*お薬の名称がわかるものをお持ちであれば記入しなくて結構です

