

フクロ歯科医院問診票

(フリガナ) 性別 男・女 血液型 型
お名前 _____ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

ご自宅住所 〒 _____ 電話 () _____
_____ 携帯 () _____

メールアドレス _____ @ _____

お勤め先 _____ 職種 _____

医院からお知らせのはがきやメールニュースを上記のアドレスや住所にお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ

以下の該当する箇所に○をつけて下さい。

1. 今一番お困りの点は何ですか？

痛い はれた 虫歯 しみる 見た目 入れ歯 かみにくい はずれた
その他 _____

2. 歯科の治療は怖い、痛いと思っておりますか？ はい・いいえ

3. 怖かったり痛かったのはどの治療ですか？

歯を削るとき 歯を抜くとき 注射の時 その他 _____

4. 食べ物が歯の隙間にひっかかりますか？

よくひっかかる・ひっかからない

5. 歯を磨いている時、歯茎から出血しますか？

出る・時々出る・出ない

6. 口臭が気になりますか？

なる・ならない

7. 両側でものを噛みますか？

はい・右側が多い・左側が多い

8. 口を開け閉めする時、耳のあたりで「カクン」と音が

しますか？ する・しない

9. 歯ぎしりや歯を食いしばる癖がありますか？

ある・ない・わからない

10. 定期的に歯科医院を訪れますか？

毎月・3カ月に一回・6カ月に一回・1年に一回・痛んだ時に行く程度

11. 一日に歯を磨く回数は？

朝・昼・晩・寝る前 _____ 回 / 1日

12. 歯を抜いたことがありますか？

ある・ない

13. ある方は、その時に異常はありましたか？

気分が悪くなった・血が止まりにくかった・麻酔が効きにくかった
その他 _____

14. 歯を抜いたことがある方…いつ頃抜かれましたか？

最近 _____ カ月前・1年以上前

15. 痛い歯は抜いた方が良いと思いますか？

はい・いいえ

16. 次の病気をしたことがありますか？

結核 心臓や血管の病気 糖尿病 肝臓病（B肝・C肝） 腎臓病
高血圧 貧血 その他 _____

17. あなたの体に合わない薬がありますか？（じんましんが出たことなど）

ペニシリン 麻酔薬 痛みどめ アスピリン その他 _____

18. 現在飲んでいる薬がありますか？ _____

19. 【女性の方へ】現在妊娠中もしくはその可能性はありますか？

か？ ある・ない・わからない

20. かかりつけの医師または病院は？

内科

外科

耳鼻科

小児科

産科

他

21. 当クリニックをどのようにして知りましたか？

看板・広告・HP など・紹介・ご紹介者お名前（ _____ ）

22. 治療について

保険診療の範囲で受けてたい

保険外の方法も説明を聞きたい・出来るだけ最良の方法を選択したい

23. 最後に、治療方針を決めるためにお答えください。

（あてはまるもの何個でも○をおつけください）

- ・希望の治療時間や時期がある（具体的に _____ ）
- ・治療期間がかかっても、徹底的に治したい。
- ・様々な検査を受けて、内容を聞いた上で現状をあらゆる角度から診てほしい。
- ・毎回治療ごとに内容について詳しく説明を受けたい。
- ・その他のご希望 _____