

問 診 表

井口歯科クリニック

(フリガナ)		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	大・昭・平・令	年 月 日
ご住所	〒		電話番号 ()	携帯番号 ()
ご勤務先 (学校名)				

今一番のお困りの点は？	☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきから血が出る ☐ 入れ歯が合わない ☐ 歯石を取りたい ☐ 歯並びを治したい ☐ 歯の色が気になる ☐ その他 ()	☐ つめものが取れた ☐ 口の中にできものがある ☐ 咬みにくい ☐ 検診をしてほしい ☐ インプラントを考えている ☐ 顎の関節がおかしい
どこの場所ですか？	奥歯 (左・右)(上・下) 前歯 (左・右)(上・下) その他 ()	
それはいつからですか？ そのきっかけは？	() 時間前 () 日前 () 週間前 () か月前 () 年前 きっかけ ()	
痛みのある方へ どんな時に痛みますか？	☐ 現在も痛い ☐ 食事中 (冷たいもの・熱いもの・甘いもの) ☐ 咬んだ時 (硬いもの・普通のもの・やわらかいもの) ☐ 歯ブラシを当てたとき ☐ その他 ()	☐ 何もしなくても
どのように痛みますか？	☐ ズキズキ痛む ☐ しみた後すぐ治まる ☐ 違和感	☐ しみた後に痛みが続く () 分 ☐ 鈍い痛み ☐ その他 ()
当院をどのように知りましたか？ (複数選択可)	☐ 知人や家族からの紹介 (紹介者のお名前：) ☐ 看板・院前を通過 ☐ 広告をみて ☐ インターネット検索 (検索ワード：) ☐ その他 ()	
当院を選ばれた理由は なんですか？ (複数選択可)	☐ 自宅や会社が近いから ☐ ホームページをみて ☐ 口コミが良かった	☐ 先生やスタッフの評判が良かった ☐ 設備や治療内容に魅力を感じた ☐ その他 ()
前回歯科治療を 受けられたのは？	☐ はじめて ☐ 他院で (年前) (ヶ月前)	
診療について ご希望があれば	☐ 見た目が気になるので直したい ☐ 極端に“こわがり”なので、注意してほしい ☐ 痛いところ、困っているところだけを治してほしい ☐ 痛いところ、困っているところだけでなくお口の中全体を治してほしい ☐ 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい ☐ 自費治療 (保険適用外) の治療計画について詳しく説明してほしい	

麻酔した時に異常はありませんでしたか？	☐ なし ☐ 貧血をおこした ☐ 熱が出た ☐ 気分が悪くなった ☐ ひどく腫れた ☐ その他（ ）
歯を抜いたことがある方 その時の異常は？	☐ ない ☐ 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（ ）
現在の健康状態は？	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良
女性の方へ	☐ 妊娠中（ ヶ月） ☐ 可能性あり ☐ 授乳中
今まで 病気にかかりましたか？	☐ 特になし ☐ 肝臓病（ 型）肝炎 ☐ 心臓病 ☐ 糖尿病（血糖値 m g / H b A 1 C %） ☐ 高血圧 ☐ 低血圧（ / m m H g ） ☐ 腎臓病（透析あり・なし） ☐ 胃腸病 ☐ 喘息 ☐ 脳梗塞 ☐ 血液疾患 ☐ 結核 ☐ その他（ ）
他の科に通院中の方は お知らせください	病名（ ） 病院名（ ）
タバコを吸われますか？	☐ 吸わない ☐ 吸う（1日 本）
体に合わない薬や アレルギーは ありますか？	☐ ない ☐ ある ☐ 抗生物質（ ） ☐ ピリン系 ☐ 痛み止め（ ） ☐ ぜんそく ☐ アトピー ☐ 花粉症 ☐ 金属（ ） ☐ ヒノキアレルギー ☐ 食物（ ） ☐ ヨード剤 ☐ 麻酔 ☐ その他（ ）
現在飲んでいる薬は ありますか？	☐ 飲んでいない ☐ 骨粗しょう症の薬 ☐ 血圧の薬 ☐ 血液をサラサラにする薬 ☐ 糖尿病の薬 ☐ その他（ ）
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 ☐ 午前 時頃 ☐ 午後 時頃 ・来院できる曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土
転勤の可能性	☐ ない ☐ ある（ 月頃・未定）
当院では、保険内、保険外の枠を超えて、患者様にとって最もよいと考えられている治療を提供したいと考えております。そこで、すべての患者様に保険内治療と保険外治療内容について説明させていただくお時間を設けております。 ☐同意する ☐同意しない その他気になることやご要望がございましたらご記入ください。	

ご協力ありがとうございました。しばらくお待ちください。