

—問診表—



オーラルメンテナンスステーション
杉本 歯科クリニック

記入日 令和 年 月 日

ふりがな お名前		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
ご住所	〒	TEL 携帯		
E-mail	※次回予約日をメールでお知らせ致します		ご職業	

いかがなさいましたか？	☐ 歯が痛い ☐ 歯茎が痛い・腫れた ☐ 詰め物が取れた ☐ 違和感がある ☐ クリーニング ☐ あごが痛い ☐ 入れ歯を作りたい/入れ歯が合わない ☐ 健診を受けたい ☐ 歯をキレイにしたい ☐ 検査希望 ☐ その他()
場所はどこですか？	☐ 右上の奥歯 ☐ 上の前歯 ☐ 左上の奥歯 ☐ 右下の奥歯 ☐ 下の前歯 ☐ 左下の奥歯 ☐ その他()
それはいつごろからですか？	☐ 今日 ☐ () 日前から
症状についてお伺いします	☐ 歯に穴が開いている ☐ 歯が欠けている ☐ 冷たいものがしみる ☐ 熱いものがしみる ☐ ズキズキ痛む ☐ 歯を磨くと時々歯茎から出血する ☐ 歯が揺れる ☐ 歯茎を押さえると膿が出る ☐ 歯が浮いた感じがする ☐ かむと痛い ☐ 時々痛い ☐ その他()
診療範囲のご希望について	☐ 悪いところは全部治したい ☐ 主訴だけを治したい ☐ その都度相談したい ☐ 治療だけではなく予防もしたい
診療内容のご希望について	☐ 保険の範囲で治して欲しい ☐ 最も良い方法と材料で治して欲しい ☐ 保険のきかない所は自費でもかまわない ☐ その都度相談したい
歯を抜いたことはありますか？	☐ ない ☐ ある→【その時異常はありましたか？】 ☐ ない ☐ 熱がでた ☐ 血が止まらなかった ☐ 気分が悪くなった ☐ 麻酔が効かなかった ☐ その他()
歯科で麻酔をして気分が悪くなったことがありますか？	☐ ない ☐ ある
今までにかかった病気はありますか？	☐ ない ☐ ある→ ☐ 心臓病 ☐ 高血圧(最高 /最低) ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病(HbA1c %) ☐ 胃腸病 ☐ 骨粗しょう症 ☐ ぜんそく ☐ 肝炎(☐ A 型 ☐ B 型 ☐ C 型) ☐ その他()
現在治療中の病気はありますか？	☐ ない ☐ ある()
現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？	☐ ない ☐ ある→() お薬手帳をお持ちの方はご提示ください(コピーさせていただきます) ※骨粗しょう症のお薬(注射・点滴を含む)を服用の方は必ずお知らせください
薬、食べ物、金属アレルギーはありますか？	☐ ない ☐ ある()
喫煙習慣はありますか？	☐ ない ☐ ある→(本/日)(電子・加熱式・紙)
(女性の方へ)現在妊娠中ですか？	☐ いいえ ☐ はい→(出産予定日 年 月 日)
最後に歯科医院へ行かれたのは？	☐ () 年前 ☐ () ヶ月 ☐ つい最近
当院をお選び頂いたのはなぜですか？	☐ 紹介→カード(有・無)(ご紹介者名:) ☐ web サイト ☐ 近いから ☐ 建物をみて ☐ インスタグラム ☐ その他()
ご来院にご都合の良い日は？	時間帯 ☐ 午前 時頃 ☐ 午後 時頃 曜 日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 金 ☐ 土 上記の日付で予約キャンセルが出た場合、 ご連絡を差し上げててもよろしいですか？ ☐ はい ☐ いいえ